

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 154

DES APPLICATIONS PRATIQUES
DU
DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIUS CARLE

Interne des Hôpitaux,

Prosecteur à la Faculté

Né à Montélimar (Drôme), le 27 mars 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 154

DES APPLICATIONS PRATIQUES
DU
DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

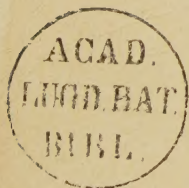
PAR

MARIUS CARLE

Interne des Hôpitaux,

Prosecteur à la Faculté

Né à Montélimar (Drôme), le 27 mars 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPRIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.)	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Laon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

HOMMAGE

de reconnaissance et de respectueuse admiration



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nous sommes heureux ici de rendre hommage à ceux dont nous avons suivi l'enseignement, à ceux dont les conseils bienveillants ou amicaux nous ont soutenu et encouragé.

M. le professeur Poncet, en acceptant la présidence de notre thèse, a ajouté un titre de plus à notre reconnaissance. Nous le remercions profondément de la bienveillance avec laquelle il a bien voulu guider notre travail pendant nos six mois d'internat.

M. le professeur Auguste Pollosson nous a suggéré l'idée de ce travail et a bien voulu nous guider dans sa rédaction. Nous craignons seulement d'avoir été un interprète infidèle et de n'avoir pas donné à ce sujet l'ampleur qu'il méritait. Nous envoyons à notre maître l'expression de toute notre reconnaissance.

Que MM. les docteurs Drivon et Carrier, médecins des hôpitaux, MM. les professeurs agrégés Rochet, Jaboulay, Vallas, Gangolphe, Chandelux ; MM. les professeurs Teissier, Maurice Pollosson, Ollier, nos maîtres dans les hôpitaux, reçoivent l'expression de notre gratitude et notre respect.

Nous terminons notre vie internale chez M. le professeur Gailleton, et exprimons le vœu de pouvoir continuer nos nouvelles études sous sa direction autorisée.

Nous ne saurions oublier nos maîtres de la Faculté. Nous travaillons depuis 4 ans, à divers titres, sous la direction de M. le professeur Testut, et le remercions

de la très grande bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard. Nous sommes heureux également d'avoir été l'aide de M. le professeur agrégé Rochet, à la médecine opératoire.

Nous exprimons une reconnaissance toute particulière pour ceux de nos anciens maîtres qui, après nous avoir facilité les abords du concours, ont bien voulu continuer leur œuvre et nous donner des marques d'une sympathie que nous apprécions à sa haute valeur. Que MM. les professeurs agrégés Bérard, Paviot, Collet, Nové-Josserand, MM. les docteurs Bert, Nicolas, Villard, reçoivent ici cet hommage de très sincère reconnaissance.

INTRODUCTION

L'idée de faire un travail d'ensemble sur le drainage abdomino-vaginal nous a été suggérée par M. le professeur agrégé Auguste Pollosson. Pendant le semestre d'hiver 1899-1900, passé dans son service à l'hôpital de la Charité, nous avons déjà remarqué que M. Pollosson employait ce procédé dans des cas très divers, et nous avons été frappé par l'excellence des résultats. Ayant recherché autour de nous les cas de ce genre, nous avons vu que nombre de nos chirurgiens lyonnais pratiquaient assez fréquemment ce mode de drainage et se félicitaient de son emploi dans certains cas déterminés.

D'une façon plus générale, il nous a semblé aussi que ce fait s'harmonisait assez bien avec la tendance chirurgicale actuelle. Bien que toujours très discuté, le principe même du drainage gagne toutes les années du terrain (1). Les congrès, les comptes-rendus des sociétés savantes, les publications reflètent cet « état d'âme chirurgical » qui tourne de plus en plus les chirurgiens du côté des grandes incisions, des contre-

(1) Voir Congrès de Chirurgie, 1899.

ouvertures, des larges drainages (1). Le drainage abdomino-vaginal n'est qu'une étape de plus dans cette voie.

Aussi un travail sur cette question nous a paru arriver à son heure. Nous avons cherché à préciser les avantages et les indications de ce procédé. Nous nous sommes appuyé à chaque pas sur des observations récentes et inédites pour la plupart, nous efforçant d'être surtout clinique et de ne rien affirmer qui ne fût appuyé sur des faits.

Notre travail comprend :

Un chapitre historique, où nous résumons rapidement l'histoire du drainage en général, en signalant la part qu'y a prise la modification abdomino-vaginale ;

Un chapitre d'étude sur les trois modes d'action du drainage abdomino-vaginal. Nous passons rapidement sur l'action d'hémostase et de cloisonnement pour insister surtout sur l'action essentielle du drainage ;

Un chapitre où nous résumons les indications de ce procédé ;

Un chapitre où nous établissons les usages respectifs de la gaze et du drain, seul point du manuel opératoire qui puisse nous intéresser ;

Enfin un chapitre d'observations.

(1) Voir le discours d'ouverture de M. le professeur Poncet (XIII^e Congrès de Chirurgie, Paris 1899).

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Dès les premières opérations pratiquées sur l'abdomen, l'obligation simposa aux chirurgiens de prévoir, pour les éviter, les complications, résultant de la stagnation des divers exsudats dans les replis normaux ou pathologiques de la région.

En 1885, Peaslee (1) propose d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas et de drainer systématiquement par cette voie. En 1867, Kœberle (2) laisse, dans l'incision abdominale partiellement béante, un gros tube de verre percé de trous. En 1873, enfin, Sims (3), recherche dans les autopsies consécutives à des laparotomies, l'état du péritoine, note la présence ordinaire d'exsudats purulents ou hématiques, et conclut à la nécessité du drainage.

La chirurgie abdominale, encore dans son enfance,

(1) PEASLEE. — *Ovarian Tumors*, 1855, p. 509.

(2) KŒBERLÉ. — *Gaz. Hôpitaux*, 1867.

(3) SIMS. — *On ovariectomy*, 1873.

savait déjà l'utilité de la dérivation des produits exsudés par les deux voies.

Cette double question du principe du drainage et de la voie à suivre est depuis, cette époque, à l'ordre du jour.

Dans les années qui suivent, l'on songe surtout à perfectionner le manuel opératoire. En 1882, deux procédés se partagent la faveur des chirurgiens : le tube en verre proposé et perfectionné par Hégar (1), et les mèches de Kœhrer (2), réunion de fils accolés ayant beaucoup de rapport avec les mèches de nos lampes à alcool.

A cette même époque, sous l'influence de Bergmann, l'on tendait, dans le traitement des plaies, à remplacer le drainage ordinaire par le tamponnement. Transportant ces idées dans le domaine gynécologique, Mikulicz (3) présente, en 1886, un nouveau procédé de drainage qui, depuis, a conservé son nom, malgré les nombreuses modifications qu'on lui a fait subir. Rappelons rapidement son principe : un morceau de gaze de la grandeur d'un mouchoir, dont on fait une sorte de bourse que l'on introduit jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Par l'incision sortent les bords plissés de la bourse. Dans son intérieur, deux à cinq lanières de gaze que l'on tasse légèrement. Au fond, un fil de soie est attaché, qui permettra, dans la suite, de la retirer plus aisément.

(1) HEGAR. — *Centr. fur. Gynæc.*, 1882.

(2) KÖHRER. — *Centr. fur Gynæc.*, 1882.

(3) MIKULICZ. — *Verhassdlung f. deutch. Genelschaft f. Chir.*, Berlin, 1886.

Les chirurgiens saisirent rapidement le grand avantage de ce procédé qui permettait de régler la compression et le drainage et isolait admirablement la grande cavité péritonéale. Aussi le procédé fut-il rapidement vulgarisé par Fenger (2) en Amérique, par Pozzi (1) en France.

C'est de cette époque, 1888-1889, que datent les discussions les plus intéressantes et, parfois, les plus vives entre les partisans et les détracteurs du procédé. Devant ce manuel opératoire, relativement simple, tombaient les vieilles objections basées sur la difficulté, et la question se posait de savoir d'abord si l'on voulait drainer, ensuite avec quoi on voulait drainer.

Il est curieux, aujourd'hui, avec un recul de dix ans seulement, de voir avec quelle timidité fut présente à la Société de Chirurgie (1) ce procédé nouveau et le mauvais accueil qu'il reçut, malgré la présentation de Pozzi. Bouilly et Terrillon furent d'avis que, dans les cas très rares où le drainage était indiqué (salpingite compliquée, tumeurs énormes et adhérentes) il suffisait largement de mettre un drain perforé, lequel, enlevé au bout de 48 heures, prévenait tous les accidents et permettait une fermeture rapide. Devant une telle unanimité, Pozzi put seulement obtenir que le procédé ne fût pas rejeté à priori et fit adopter les trois propositions suivantes :

(1) FEUGER. — *Amer. J. of Obstetr.*, 1887.

(2) POZZI. — *Soc. Chirurgie*, février 1888.

(3) *Soc. Chir.*, 29 février 1888.

1^o Le drainage est très rarement indiqué ;

2^o Dans ce cas, le drain de caoutchouc suffit le plus souvent ;

3^o Exceptionnellement le moyen proposé par Mickulicz peut rendre service.

Il est vrai qu'à la séance suivante, M. Terrier réhabilitait le drainage et apportait à l'appui de son dire sept cas suivis de guérison.

Mêmes discussions et mêmes incertitudes en 1889. La séance du 1^{er} mai est consacrée, en grande partie, à établir l'inutilité de cette pratique. « Le drainage n'est qu'une sécurité contre l'insuffisance de l'antisepsie et de l'hémostase », disait Berger, appuyé par Boeckel qui lança, ce jour-là, cette affirmation devenue presque célèbre : « Le drainage n'est qu'une erreur chirurgicale ».

Une réaction s'ensuivit. Huit jours après, à la même Société, les défenseurs du procédé, Nicaise, Després, Kirmisson, Labbé, venaient proclamer son innocuité absolue et les nombreux services qu'il rendait.

Au milieu de toutes ces discussions sur le principe même du drainage, il était fort peu parlé des modes d'application. Cependant c'est aussi à cette époque que nous voyons le drainage abdomino-vaginal prendre place dans les discussions et les traités. Ce n'est pas à dire qu'il n'en ait pas été question jusque-là. Dans des publications isolées, mais assez nombreuses, quelques chirurgiens avaient déjà proclamé l'insuffisance, en certains cas, de l'ouverture abdominale et l'obligation où ils avaient été de créer un drainage

vaginal, par le fait de la topographie des lésions ou des accidents consécutifs.

Le premier cas, bien typique, fut présenté, par Gillette, en 1878, à la Société de Chirurgie. Il s'agissait d'un phlegmon suppuré, limité d'abord à la paroi latérale de l'utérus, puis étendu au petit bassin contournant la vessie et occupant tout l'espace de Retzius. Après incision de quatre centimètres sur l'abdomen et exploration, Gillette sent que son doigt s'enfonce profondément du côté du vagin, vers un cul-de-sac qui se trouve être le cul-de-sac antérieur. Il le perfore avec le gros trocart courbe de Chassaignac et met un drain. Guérison assez rapide.

D'autres cas isolés furent ensuite publiés, surtout à l'étranger, par Garnett (1), Goodell (2), Clarke (3), Munde (4). Nous ne voulons pas entrer dans l'analyse de chacun de ces cas, car ils se ressemblent tous. Il s'agit toujours d'une collection suppurée, plus ou moins étendue, du petit bassin, pour laquelle il est procédé à une opération par la voie abdominale, soit incision médiane (Munde), soit latérale (Garnett, Clarke). Quelques temps après, 8 jours, 15 jours, ou deux mois, les symptômes, qui s'étaient momentanément améliorés, s'aggravent. La fièvre réapparaît, le pus s'accumule, le malade s'affaiblit et la septicémie menace. Dans une seconde opération, on fait une contre-ouverture, soit dans le cul-de-sac anté-

(1) GARNETT. — *Amer. J. of Obstetric*, 1883.

(2) GOODELL. — *Medical Rev.*, 1885.

(3) CLARKE. — *J. Amer. Med. Assoc. Chicago*, 1886.

(4) MUNDE. — *Amer. Journal of Obstetric*, 1886.

rieur (Munde), soit dans celui de Douglas (Garnett, Clarke), et l'on draine par cette voie. La guérison est toujours rapidement obtenue.

Malgré les succès nombreux que cette pratique avait déjà à son actif, elle eut une assez mauvaise presse à son arrivée dans la chirurgie officielle. Dans un rapport fait à la Société de Chirurgie, en 1887, Terrillon conclut à son inutilité et même à ses dangers. « Les lavages bien ordonnés, dit-il, suffisent à rendre aseptiques les poches de l'abcès, malgré la déclivité, et la guérison est plus prompte. L'ouverture par le vagin est dangereuse à cause de l'épaisseur des tissus à traverser et à cause de la crainte que l'on peut avoir de blesser le péritoine ou les grosses veines du bassin, quand on agit à l'aveugle ».

Le procédé de la contre-ouverture ne reçoit pas un meilleur accueil en Angleterre, ni en Amérique, où Lawson-Tait et Fenger s'accordent pour le considérer comme une opération de nécessité à laquelle on doit recourir seulement en cas où le pus s'accumulerait manifestement dans la partie inférieure du sac. La contre-ouverture vaginale ne doit jamais constituer un temps de l'opération.

C'est à cette époque que Pozzi entreprit sa campagne en faveur du drainage à la gaze par le procédé de Mikulicz. Il inspirait en même temps à un de ses élèves, Versepuy (1), une thèse sur la périmérite, au cours de laquelle les indications du drainage abdomino-vaginal étaient posées. « Quand on a affaire,

(1) VERSEPUY. — De la périmérite. Thèse de Paris, 1888.

dit-il, à ces abcès énormes et cloisonnés du plancher pelvien, véritables éponges purulentes infiltrées dans le petit bassin, la laparotomie ne suffit plus. Après lavage et tamponnement, il faut faire une contre-ouverture par le vagin et drainer des deux côtés ». Les mêmes idées sont exprimées, par Pozzi et Baudron, dans un article de la *Revue de Chirurgie* de 1891.

Dès lors à côté du Mikulicz et du tamponnement par le cul-de-sac postérieur, le drainage abdomino-vaginal a désormais sa place faite, quoique restreinte encore. Au fur et à mesure que le drainage à la gaze prend une place de plus en plus grande dans la chirurgie abdominale, les indications de la contre-ouverture se précisent suivant les affections et surtout suivant les cas.

En 1892, Delbet (1) étudie ces applications, à propos des suppurations pelviennes. Il reconnaît son utilité, sa nécessité quelquefois dans les cas où l'abcès descend très bas dans le petit bassin et n'est plus séparé du vagin que par une mince couche de tissu. Si le doigt constate cette disposition et pénètre profondément dans le petit bassin, il faut y glisser un trocart courbe et chercher, par le vagin, l'endroit où le trocart sera facilement senti, perforer à cet endroit et drainer en maintenant un orifice abdominal. Delbet réunit cinq cas de pelvi-péritonite et trois cas de phlegmons traités de cette façon. La guérison fut toujours remarquable par sa rapidité.

(1) DELBET. — Des suppurations pelviennes, 1892.

Pozzi (1) est également d'avis que le petit bassin infecté doit être traité par l'ouverture du cul-de-sac postérieur, quelle que soit la cause primitive de cette infection. Tel est le cas pour ces hématoécèles oscillantes du côté de l'abdomen et que l'on a ouvertes par la laparotomie trans-péritonéale ou sous-péritonéale. Le kyste sanguin étant vidé, dit Pozzi, on cherche le point le plus déclive pour perforer le cul-de-sac postérieur.

Deux gros drains juxtaposés, entourés de gaze iodoformée, passant par les deux orifices, abdominaux et vaginaux, terminent l'opération.

De même pour les péri-méto-salpingites. Il conseille, dans ces cas-là, l'ouverture du cul-de-sac postérieur avec la pince de Wolfler et la mise d'un drain en croix.

Segond (2), dans le *Traité de Chirurgie*, donne les mêmes indications. « S'il faut enrayer ou prévenir une hémorrhagie, aseptiser des débris d'adhérences infectées, il faut recourir au Mikulicz. Il peut être utile de le compléter par le drainage vaginal ».

« Dans certaines suppurations pelviennes graves où l'ablation des poches est impossible ou incomplète, ces combinaisons variables de drainage sus-pubien et du drainage vaginal sont les moyens les plus sûrs et les plus fréquemment employés ».

M. le professeur Poncet, dans la thèse de Vergne

(1) POZZI. *Gynécologie* 1892.

(2) SEGOND. — *In Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus) VIII.

(1), à propos du Mikulicz, insiste sur les avantages que peut présenter ce procédé.

« S'agit-il de vastes suppurations pelviennes cloisonnées, le Mikulicz abdomino-vaginal étalé en dôme dans le pelvis et à pédicule vaginal, réalisera le maximum de sécurité. Il en sera de même quand on voudra combler la cavité qui persiste après l'ablation de certaines tumeurs, après l'hystérectomie, quand les anses, retenues par des brides de péritoine plastique, ne descendront pas directement pour la combler ».

Les comptes rendus des Congrès attestent également l'importance croissante de cette question du drainage, par la part de plus en plus grande qu'elle prend dans les discussions. Jusqu'en 1899, il faut bien le dire, les Congrès ne sont pas précisément favorables à la pratique du drainage abdomino-vaginal. Présenté au Congrès de Gynécologie de 1896, par Doderlein et Reynier, il est vigoureusement attaqué par Kelly (de Baltimore) et Sanger (de Leipsig) qui l'accusent de ne pas garantir le péritoine et de ne pas favoriser l'écoulement des liquides. En 1897 (2), Péan, Tournay (de Bruxelles), Schwartz lui sont nettement hostiles. En 1898 (3) Legueu le présente comme excellent préventif de l'infection et des hémorragies, mais Terrier affirme qu'un bon drainage dans la partie inférieure de la plaie abdominale suf-

(1) VERGNE. — Thèse de Lyon, 1898.

(2) Congrès de Chirurgie.

(3) Congrès de Chirurgie.

fit amplement en cas d'annexes infectées ou d'épithéliomas étendus.

La discussion se rouvre, avec le Congrès de Chirurgie de 1899, entre les draineurs et les suturistes et, cette fois, il est très net que les premiers gagnent du terrain. Au cours de la discussion sur l'hystérectomie abdominale totale, Gross (de Nancy) affirme qu'il a souvent été obligé de faire un drainage par les deux ouvertures ; avec deux lanières de gaze tamponnant la surface cruentée, par le vagin, et un petit Mikulicz sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale, et ceci, dans les tumeurs adhérentes ou incluses, avec hémostase difficile, suintement post-opératoire, ou pyo-salpynx concomitant.

Après lui Routier tient à peu près le même langage. Bien que se contentant, le plus souvent, du drainage vaginal, avec deux gros drains entourés de gaze, il a dû, dans quelques cas, y ajouter soit le simple drainage abdominal, avec deux gros drains, soit le vrai drainage à la Mikulicz. Ce procédé, dit-il, donne une certaine sécurité.

Dans les cas ordinaires, dit Ricard, drainage par le vagin. Mais si l'opération a été laborieuse, s'il y a de grandes décortications, si la plaie pelvienne est large et anfractueuse, je complète par le drainage abdominal. Le large drainage, dit-il plus loin, est une garantie de succès.

Dans les mêmes cas, Bouilly affirme l'utilité d'un

(1) Congrès de Chirurgie.

(2) Congrès de Chirurgie.

gros drain introduit par l'abdomen, sortant, d'un côté par la partie inférieure de la plaie abdominale et de l'autre, par l'ouverture vaginale non suturée.

Quénu, enfin, est encore plus précis, et son adhésion est d'autant plus remarquable qu'au Congrès de 1897 il avait posé des conclusions bien différentes. Il étudie les cas d'hystérectomies abdominales que l'on a dû faire atypiques à cause des difficultés de libération ou de réfection du péritoine, les premières dues à l'enclavement, les secondes ayant presque toujours pour cause les complications septiques. « Comme l'asepsie est toujours compromise en pareil cas, dit-il, nous établissons, en général, un double drainage, abdominal et vaginal sous-séreux si la réfection a pu, tant bien que mal, s'effectuer, intra-péritonéal si la réfection a été impossible ou par trop incomplète ». Et il apporte un cas typique de gros fibrome guéri sans la moindre suture avec deux drains, abdominal et vaginal.

En somme, les travaux de toutes sortes publiés sur cette question du drainage reflètent admirablement les diverses alternatives par lesquelles a passé la chirurgie abdominale elle-même dans ces trente dernières années. Après les hésitations inévitables du début, l'antisepsie, universellement adoptée et mise en pratique, a permis toutes les audaces, bien souvent récompensées par le succès. Sous son couvert, on a surtout songé à la rapidité et à la perfection des résultats, oubliant quelquefois les complications et les rétentions infectieuses dues à une suture trop hâtive ou trop complète. Les cas malheureux

survinrent, et les réunionistes les plus acharnés durent, quelquefois, défaire leurs sutures pour livrer passage au pus.

Aussi songea-t-on davantage à obtenir l'évacuation des exsudats fournis par les surfaces cruentées et à assurer le libre écoulement des liquides : en somme, à éviter la rétention.

Le drainage, encore plus que du temps de Lister, devient le complément indispensable de l'antisepsie. Bien que, dans tous les cas où elle est possible, la réunion par première intention ait toujours cause gagnée, les indications du drainage se trouvent de plus en plus nombreuses. Les congrès modernes, les publications récentes expriment cette tendance. Tout récemment encore, M. le professeur Poncet l'a établi avec autorité dans son discours d'ouverture du treizième Congrès de Chirurgie (1899). Comme il l'a affirmé, la chirurgie de l'avenir semble devoir être celle des débridements étendus, des contre-ouvertures, des larges drainages, en somme la chirurgie à ciel ouvert à laquelle se rattache la question que nous allons maintenant exposer.

CHAPITRE II

Des modes d'action du drainage abdomino-vaginal.

Le drainage abdomino-vaginal est le complément quelquefois utile, souvent nécessaire, du Mikulicz abdominal. Il satisfait souvent aux mêmes indications théoriques ou pratiques, mais avec cette supériorité incontestable, de créer, à la partie déclive de la plaie, une voie de drainage des plus larges, supprimant du même coup le 'bas-fond du cul-de-sac postérieur, receptacle ordinaire des exsudats infectés.

Les avantages du tamponnement à la gaze ont été bien souvent étudiés dans toutes leurs formes. Essayant de les résumer lors de sa première présentation en 1888, Pozzi représente la bourse de gaze iodoformée comme un drainage capillaire, un tamponnement hémostatique, antiseptique et isolateur. C'est trop et pas assez, en même temps. D'un côté, en effet, rien n'est plus douteux que l'action antisep-

tique que peut avoir cette gaze imprégnée d'antisep-
tiques toujours faibles et dont le battage l'a en grande
partie débarrassée. Devant une intoxication sérieuse,
son action microbicide serait absolument négligea-
ble. Dans les cas ordinaires, la gaze aseptique suffit
pour réaliser les autres desiderata. D'un autre côté,
le drainage agit par imbibition, autant, sinon plus
que par capillarité, comme nous le redirons.

Aussi dans une thèse récente⁽¹⁾, M. Auguste Pol-
losson considère-t-il que les modes d'action du Miku-
licz peuvent être envisagés à trois point de vue diffé-
rents :

1^o Comme hémostatique.

2^o Comme cloisonnement.

3^o Comme drainage.

Nous pouvons maintenir cette division pour l'étude
du drainage abdomino-vaginal. Mais nous devons
spécifier de suite que, de ces trois modes d'action,
l'un prend de suite la part prépondérante. Comme il
est facile de le prévoir, lorsqu'on pratique une
contre-ouverture dans le vagin, on cherche à assu-
rer un écoulement facile par l'endroit le plus déclive
de la plaie. C'est l'action du drainage qui domine,
les autres n'étant que secondaires. On ne fera pas un
drainage abdomino-vaginal parce qu'une plaie sera
un peu plus saignante qu'une autre, on ne le fera pas
pour cloisonner un péritoine enflammé, le Mikulicz,
type ou modifié, répond largement à ces diverses

(1) Th. de Vergne, Lyon 1899.

modifications. Mais si l'on prévoit, au cours de l'opération, une exsudation abondante, si, quelques jours après, au moment de l'enlèvement du Mikulicz, on se trouve en présence d'un cul-de-sac surplombé par l'intestin, au fond duquel stagne un exsudat hématique ou purulent, l'idée de perforer ce cul-de-sac à sa partie la plus déclive, d'établir, par cette voie, un drainage continu, se présente de suite à l'esprit.

En somme nous voulons en venir à ceci, que le drainage abdomino-vaginal est surtout un drainage et que nous l'étudierons surtout à ce point de vue. Accessoirement il arrête le sang et cloisonne aussi bien que le Mikulicz; il présente même, dans certains de ces cas, comme nous le montrerons, quelques avantages spéciaux. Aussi passerons-nous en revue ces trois modes d'action. Pour chacun d'eux nous ferons rapidement la démonstration théorique et expérimentale de son utilité, renvoyant aux auteurs pour les détails plus complets. Puis, nous passerons en revue les indications des uns et des autres, réservant pour le drainage la part très large qu'il mérite dans une étude de ce genre.

I. — Action d'hémostase.

Nous devons d'abord spécifier quel genre d'hémorragie est justiciable du tamponnement. Il est certain que nous laissons absolument de côté les épanchements sanguins de quelque importance, pour lesquels on doit intervenir avec le thermo-cautère et la ligature. Nous parlons de ces suintements post-opératoires, en apparence insignifiants, provenant des parois du petit bassin, des solutions de continuité des parties traumatisées par les mains du chirurgien. Ce ne sont pas des hémorrhagies, à vrai dire, mais un praticien exercé sait trop bien que, collectés dans un espace clos et non drainés, ces petits suintements peuvent être cause d'accidents graves de rétention et d'infection. On ne doit pas le méconnaître. « Je ne draine jamais, car le suintement opératoire ne peut exister, dit un chirurgien de Halle, Zweifel (1), puisque je lie et je tamponne assez pour l'empêcher ». Ceci est un peu théorique. On ne doit pas, non plus, croire, avec Betmann (2), que le sang reste impunément en grande quantité dans la cavité abdominale, ni compter trop sur le pouvoir de résorption du péritoine. Enfin, il faut ne pas tomber dans l'erreur de Clark (3) qui accorde au sang un rôle germinicide important à l'égard de certains micro-organismes.

(1) *In* Thèse Huschenbett, Halle, 1898.

(2) *Wratch*, 1896.

(3) CLARK. — *Amer. J. of. Obstétr.*, 1897.

Sans nier complètement ce pouvoir pour le sang très pur et très oxygéné, il est certain que le magma stagnant dans un cul-de-sac de Douglas ne peut que constituer un excellent bouillon de culture. Depuis les anciennes affirmations de Boinet, qui considérait la résorption putride du sang épanché comme la cause des septicémies, on a expérimentalement prouvé le rôle actif du sang dans la propagation des germes. Les expériences de Pichevin et Petit (1) ont démontré que cinq centimètres cubes de sérum sanguin injectés dans le péritoine d'un cobaye rendaient virulente une culture de staphylocoques pyogènes inactive jusque-là. Le rôle des épanchements sanguins dans l'extension de l'infection est, d'ailleurs, un fait cliniquement reconnu et admis.

Il est certain que les conditions sont bonnes si l'on a affaire à un péritoine sain, c'est-à-dire non infecté et même non traumatisé. Les cas rapportés par M. Poncet de résorption du sang dans les hématoçèles rétro-utérines non infectées, les nombreuses expériences d'injections intra-péritonéales de sang défibriné (Bizzozero, Hayem, etc.) prouvent que le péritoine sain résorbe par toute l'étendue de sa surface. Et même, en certains points, au niveau des puits lymphatiques, se trouvent de véritables bouches où l'absorption est bien plus rapide. Les choses se passent tout autrement dans une séreuse malade. Et, sous ce nom, nous n'entendons pas seulement les séreuses infectées, mais encore celles qui ont subi un

(1) *Archiv. de Gynécologie*, 1895.

contact opératoire prolongé, expliqué par des adhérences multiples ou une difficulté quelconque. Les fibromes enclavés, les kystes de l'ovaire adhérents, intra-ligamentaires, sont les types d'opérations de ce genre. Pour avoir toute sécurité, on doit, dans ces cas-là, traiter la cavité comme si elle était infectée et ne pas compter du tout sur le pouvoir résorbant du péritoine.

Tout ceci nous le redirons, d'ailleurs, lorsque nous parlerons de l'utilité de drainer le péritoine. Nous retombons fatalement dans l'étude de ce mode d'action, car, dans l'esprit de l'opérateur, ce n'est jamais le fait d'un suintement sanguin post-opératoire, même marqué, qui le décidera à crever le cul-de-sac postérieur pour y mettre de la gaze. Cette action hémostatique est, par conséquent, très secondaire. Elle se trouve forcément réalisée par le fait même de la présence de la gaze tassée. Nous n'avons pas trouvé une seule observation où la crainte d'une hémostase insuffisante ait décidé à l'exécuter.

Cependant cette pratique présente, de par le fait de la disposition de la gaze, un certain avantage que nous devons signaler. Comme nous le dirons, dans nombre de cas on dispose son drainage de la façon suivante: on fait passer le mouchoir de gaze de l'abdomen dans le vagin où une pince l'attire légèrement et le fixe de telle façon qu'il présente la disposition d'un bonnet ou d'une bourse dont le sommet serait dans le vagin et les extrémités étalées en collerette sur les bords de la plaie abdominale. Dans cette bourse on enfonce la quantité de lamelles de

gaze jugées suffisantes pour la compression. Si donc on croit le suintement post-opératoire inquiétant, on peut très simplement augmenter la compression. Il suffit d'exercer, sur le pédicule vaginal de gaze, des tractions plus ou moins fortes pour enfoncer des tamponnements et l'appliquer plus étroitement sur les parois du bassin. De cette façon, le tampon agit comme le ferait un coin augmentant la compression au fur et à mesure qu'il s'enfonce. On règle ainsi soi-même le degré d'hémostase suivant l'abondance de l'hémorrhagie.

Cet avantage, M. Auguste Pollosson l'a fait valoir dans une communication qu'il fit à la Société Médicale de Lyon, en 1895, à propos d'une tumeur polikystique des deux ovaires dont l'enlèvement fut suivi d'un drainage abdomino-vaginal. Ajoutons que M. Pollosson n'avait pas eu à s'en servir, les suites opératoires ne l'ayant pas nécessité.

Il est certain que, dans ces ablations de tumeurs néoplasiques, ovariennes ou utérines, exigeant des décollements pénibles en terrain friable, il peut souvent être bon de faire une bonne compression. Les vaisseaux sont difficiles à lier, les surfaces dénudées saignent, un bon tamponnement peut avoir raison de tout cela.

Mais, encore une fois, même avec le perfectionnement dont nous venons de parler, l'hémostase véritable ne peut pas gagner beaucoup à l'ouverture vaginale. Si l'on a affaire à une véritable hémorrhagie artérielle, la traction sur le pédicule vaginal du

tamponnement ne donnera qu'une fausse sécurité et sera très insuffisante. Dans ce cas, peut-être s'apercevra-t-on un peu plus tôt de l'apparition de l'hémorrhagie : ce serait un avantage plus sérieux.

II. — Action de cloisonnement.

Toutes les fois qu'on veut protéger la grande séreuse en cloisonnant ses abords, toutes les fois qu'il est nécessaire de vider un foyer douteux ou infecté, il est indiqué d'employer la gaze largement étalée ou tassée dans tous les coins, suivant les cas. Mais, comme nous l'avons déjà vu pour l'hémostase, cette action de cloisonnement est largement remplie par le Mikulicz et la traction de ce Mikulicz par une ouverture vaginale est d'une importance très relative. Cependant ces deux actions de cloisonnement et de drainage sont étroitement liées. Nous montrerons, tout à l'heure, à l'aide de quelques exemples combien il est nécessaire de songer à l'un en exécutant l'autre et quelle modification cette recherche du cloisonnement peut introduire dans le manuel opératoire du drainage abdomino-vaginal.

Etudions tout d'abord comment agit la gaze sur le péritoine et la masse intestinale.

Le premier effet du Mikulicz est l'immobilisation des anses intestinales. Cet effet est essentiel et il est primitif.

Les auteurs qui ont étudié le mode d'action de la gaze n'y ont pas assez insisté. Quand le petit bassin est vidé, partiellement ou en totalité, les intestins ont toute liberté pour venir s'étaler dans cette cavité néoformée. Or, ce mouvement est essentiellement contraire à la formation des adhérences. Qu'on

bourre, au contraire, de gaze le petit bassin, qu'on étale un large voile au devant du péritoine, débordant en haut la plaie abdominale, attiré en bas par le vagin, les intestins seront alors fixés entre ce plancher artificiel et le diaphragme, n'ayant plus aucune mobilité. Il se produit, là, une action de collage, de fixation nécessaire pour l'agglutination consécutive, premier degré du cloisonnement.

Il est très utile d'agir avec de la gaze sèche qui réalise bien mieux l'indication dont nous venons de parler — La gaze imbibée permet le glissement et empêche l'adhésion. Au contraire, si l'on emploie de la gaze sèche l'intestin vient réellement se coller sur elle ; tout le monde a vu, au cours des pansements abdominaux, des anses intestinales intimement adhérentes à la gaze.

On se souvient de la peine qu'on a à décoller le tissu dont les mailles laissent sur l'intestin ou le péritoine sous-jacent un empreinte très bien calquée.

Nous plaçant à ce point de vue, le drainage abdomino-vaginal est évidemment un excellent adjuvant. Si les produits exsudés imbibent peu à peu le Mikulicz dans leur ascension vers l'orifice de la plaie, il est fort probable que l'enveloppe participera à l'imbibition. D'où le double désavantage de mettre le péritoine en rapport intime avec des exsudats peut-être infectés, et de rendre glissante cette paroi de gaze contre laquelle l'intestin ne s'agrippera plus comme lorsque elle était sèche et râpeuse. Au contraire, si ces produits fusent par un drain mis à la partie la plus déclive dans le cul-de-sac de Douglas, le Miku-

licz gardera toutes ses qualités d'agglutination et les adhérences se formeront d'autant plus vite.

Ce premier stade d'immobilisation est donc la condition nécessaire du second stade de formation des adhérences et de cloisonnement auquel nous arrivons.

Dans le cas de séreuse saine, on obtient un cloisonnement avec une rapidité très grande. La simple irritation du péritoine dont le premier terme est la destruction de l'épithélium amène, cette réaction rapide, intense des éléments jeunes, cette organisation du tissu conjonctif dont la fibrinisation progressive amènera le cloisonnement. Dans ce cas, outre son action irritante, la gaze sert de soutien et de guide aux dépôts adhésifs de fibrine, ainsi qu'aux bourgeons nouvellement constitués. Et cette action est rapide. Delbet (1) a vu des adhérences se former au bout de 48 heures, sur un péritoine sain. Il est, d'ailleurs, facile de voir la difficulté que l'on éprouve quelquefois à sortir un Mikulicz dès le lendemain de son application. La rapidité d'adhésion des sutures séro-séreuses à la Lambert en est encore une preuve.

Dans un abdomen infecté, les choses se passent de même, mais plus lentement. Les cellules épithéliales ne subissent plus la transformation embryonnaire, elles sont détruites par les toxines, la fibrine est entraînée au dehors. En somme la suppuration entrave considérablement le travail néo-

(1) DELBET. — *Ann. de Gynécologie*, 1890.

formateur du péritoine. Quand l'infection s'atténue ou se limite, alors seulement la péritoine, s'il a pu résister, sera apte à réagir dans le sens de l'organisation fibreuse.

Mais, en attendant, le tamponnement est encore indiqué. S'il n'agit pas comme irritant, il a au moins l'énorme avantage d'isoler la partie infectée, fût-ce tout le petit bassin et d'empêcher la grande séreuse, dans ses mouvements continuels, de venir chroniquement se souiller dans ce foyer de pus. Entre le foyer et les anses intestinales est tendu un voile difficilement franchissable qui permet à la séreuse de se pourvoir en vue d'une propagation inflammatoire. Plus l'infection est aiguë et rapide, plus il est nécessaire d'isoler vite et complètement, d'autant plus que, dans ce cas, les adhérences ne se forment pas. Derrière un tamponnement bien fait, les intestins sont en sûreté, pressés derrière ce voile protecteur qu'ils ne peuvent effondrer.

En somme, un premier temps pendant lequel la masse péritonéo-intestinale, immobilisée et isolée du champ opératoire, subit le travail néo-formateur qui aboutit au second temps, formation des adhérences et cloisonnement.

Mais ici, comme pour l'hémostase, l'action de l'ouverture vaginale est secondaire : un Mikulicz bien fait, bien établi, remplissant bien les « coins morts », dont on renouvelle les mèches à temps et que l'on enlève tard, remplit, le plus souvent, toutes les conditions du meilleur cloisonnement. L'ouverture vaginale, dans ce cas-là, n'est qu'un adjuvant,

souvent très utile, mais dont les indications sont limitées. Cependant, ses services sont indéniables, et il est bien des cas où le cloisonnement eût été moins rapidement obtenu, si les liquides de la plaie étaient venus baigner les surfaces en présence — souillant la gaze, obligeant à un renouvellement continu, et lui enlevant ses qualités adhésives.

Il est, d'ailleurs, fort peu de cas où l'action de drainage et l'action de cloisonnement ne se combinent pas. Dans tous les cas où la zone d'opération risque de s'infecter secondairement (les appendicites, par exemple), où il y a une cavité à combler (comme dans les ablations de tumeur), dans les salpingites, les hématoécèles, etc., à plus forte raison lorsqu'on laisse dans la cavité abdominale des moignons suppurés qu'on ne peut enlever, ou une perforation intestinale. Nous ne voulons pas entrer dans l'analyse de ces différents cas, que nous retrouverons tout à l'heure à l'article drainage. Nous voulons seulement faire ressortir ceci : à notre point de vue, le cloisonnement ne nous intéresse que par l'aide que lui apporte le drainage. Le fait de le rendre abdomino-vaginal ne change que fort peu son manuel opératoire et pas du tout ses indications. Nous l'étudierons donc, combiné au drainage, au chapitre suivant.

III. — Action de drainage. — Son importance.

ETUDE EXPÉRIMENTALE.

L'action de drainage est l'élément essentiel à considérer lorsque l'on établit une contre-ouverture dans le Douglas. C'est là la véritable utilité de ce procédé opératoire. Le Mikulicz est un excellent moyen d'hémostase, c'est un agent de cloisonnement unique, mais il ne peut être qu'un agent de drainage très inférieur, dont l'emploi doit être exceptionnel, s'il est limité à cette seule indication. En dehors de quelques péritonites aiguës généralisées, non cloisonnées, des péritonites purulentes à fausse membrane, ses indications sont très restreintes. Lorsqu'il est utile d'établir un véritable écoulement correspondant à une accumulation importante de liquide, la contre-ouverture vaginale pourra seule l'assurer, dans les cas fréquents où le drain abdominal ne suffit pas.

Cette notion n'est, d'ailleurs, pas de date récente. Du jour où fut prouvée la nocivité des liquides stagnants dans le péritoine, dès le début de la chirurgie abdominale, par conséquent, avec Peaslee, Kœberlé, Sims, on chercha à écouler ces produits exsudés par l'abdomen ou par le vagin, soit avec les drains ou avec la gaze, suivant le chirurgien et suivant les époques.

Aujourd'hui, encore mieux qu'autrefois, on voit l'importance d'un drainage complet. Des expériences

précises ont démontré les limites du pouvoir de résorption du péritoine, l'insuffisance, quelquefois la nocivité, des antiseptiques, les qualités de la gaze comparées à celles du drain. Nous allons tout d'abord passer en revue ces diverses notions avant d'entrer dans l'étude clinique du drainage abdomino-vaginal.

Le drainage doit se faire, soit lorsqu'il existe déjà une infection du péritoine, soit lorsque cette infection est à craindre, par le fait d'une exsudation. Non dangereux par eux-mêmes, ces exsudats provenant de débris de tissu septique, d'un néoplasme, d'une irritation de la séreuse, d'un changement brusque de la pression intra-abdominale, peuvent le devenir par le fait de leur non-résorption et de leur infection secondaire.

Comme le disait Chénieux(1), en 1886, il est certain que la résorption est préférable à l'évacuation toutes les fois qu'elle est possible sans nuire. L'action résorbante du péritoine est indéniable. Sa disposition et sa constitution histologique le prouvent. C'est, en somme, un vaste sac lymphatique presque exclusivement formé d'un éphithélium incessamment traversé par des cellules migratrices qui, sortant des vaisseaux, cheminent à travers cette paroi et rentrent par son intermédiaire dans le système lymphatique. Mais, comme dans son mécanisme interne, l'action défensive des cellules épithéliales elles-mêmes n'en est pas moins prouvée par l'expérimentation.

Depuis longtemps déjà Gravitz (1886) avait

(1) CHÉNIEUX. — Congrès de Chirurgie, 1886.

démontré que les microbes pyogènes en suspension dans un péritoine sain n'ont aucun effet pathologique. Reprenant ces expériences, en 1890, Delbet⁽¹⁾ a prouvé sa résistance à l'égard du staphylocoque et du bacille coli. Les injections des cultures de ces microbes n'ont jamais pu arriver à déterminer des phénomènes de péritonite. Si l'injection était faite dans le tissu cellulaire de la paroi, la mort s'en suivrait rapidement.

En ce qui concerne plus spécialement les liquides exsudés, les expériences de Dubar et Rémy ont montré que les liquides albumineux injectés dans le péritoine du lapin sont absorbés complètement dans l'espace de trente-six heures sans aucun accident. D'ailleurs, en clinique, on reconnaît les cas de rupture de kystes simples de l'ovaire dans le péritoine, sans que cette affusion brusque et abondante de liquide amène quelque complication sérieuse.

En somme, double action de résorption et de résistance aux microbes, mais — et ceci est le point essentiel — à condition que le péritoine soit sain, que les liquides en présence desquels il est mis ne soient ni irritants, ni septiques. Les expériences des mêmes auteurs l'ont bien prouvé. Que la séreuse soit irritée ou déchirée, sous l'influence d'un traumatisme quelconque, que l'épithélium soit détruit par l'action des lavages, et les phénomènes ne se passeront plus de même. Il suffit de peu de chose pour cela. Il n'est même besoin, comme le faisait

(1) DELBET. — *Ann. de Gynecologie*, 1890-1891.

Gravitz, de mettre le péritoine en présence de bile ou de matières fécales pour qu'il réagisse dans un sens pathologique. Comme l'ont démontré les expériences de Chavannaz et Auché (1), il suffit d'un simple lavage avec des liquides même stérilisés, ou, mieux, de l'introduction d'antiseptiques dans la cavité péritonéale pour amoindrir la résistance, diminuer l'absorption, ouvrir la porte à l'infection, plus ou moins rapide.

Il est à peine besoin de faire remarquer combien ces conditions se réalisent généralement en clinique. D'un côté, il est bien rare que les doigts et les instruments n'aient pas, plus ou moins, altéré l'épithélium; de l'autre, il est évident que les exsudats péritonéaux accumulés dans les parties déclives constituent un excellent bouillon de culture, à une température égale, très favorable au développement des bactéries et à l'exaltation de leur virulence.

ETUDE CLINIQUE.

Les données théoriques et expérimentales que nous venons de rappeler brièvement nous démontrent la nécessité de ne pas laisser stagnants les exsudats hémorragiques ou purulents dans le petit bassin. Nous allons, maintenant, à l'aide des données cliniques, et nous appuyant sur les observations que nous possédons, tâcher de démontrer les deux points suivants :

(1) CHAVANNAZ et AUCHÉ. — *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1897.

1^o Il est des cas où le drainage par le Mikulicz abdominal, type ou modifié, tel qu'il est couramment appliqué après les laparotomies, est tout à fait insuffisant.

2^o Dans ces cas, il est bon de recourir au double drainage, par la voie abdominale et par la voie vaginale, cette dernière possédant seule les conditions de déclivité suffisantes pour assurer l'écoulement d'un liquide accumulé dans le cul-de-sac de Douglas.

§ 1. — La clinique quotidienne montre que les cas sont nombreux où le Mikuliez constitue un drainage très insuffisant. Tout d'abord dans le cas où l'ouverture abdominale est trop petite par rapport à la cavité qu'elle recouvre. Il est certain que l'ouverture de la paroi ne doit pas constituer une sorte de soupirail où s'étranglent les mèches de gaze. M. Auguste Pollosson insiste particulièrement sur l'importance que présente une ouverture large. Faire une longue incision médiane, dit-il, laisser ensuite une ouverture large, de façon à ce que la plaie abdominale serve de drain, pour ainsi dire presque toute entière, et introduire par cette plaie, dans toutes les directions, de larges lanières de gaze iodoformée, de façon à faire une sorte de balayage à la place des exsudats. Recouvrir la périphérie de gaze souvent renouvelée » (1).

On peut encore, comme le conseille M. le professeur Poncet, combiner les deux modes de drainage,

(1) In Thèse VERGNE (*Loc. cit.*).

mettre un drainage à la Mikulicz dans la large brèche abdominale, et des drains entourés de gaze dans les fosses iliaques pour évacuer les liquides rassemblés dans la partie inférieure de la cavité abdominale (1).

Ce sont évidemment des perfectionnements sérieux et qui évitent bien souvent de fâcheuses rétentions. Et, cependant, les cas ne sont pas rares où toutes ces précautions sont inutiles. Il se peut d'abord que la gaze ou le drain n'aient pas atteint les parties les plus déclives du petit bassin, ou bien que l'opération ait créé quelque cul-de-sac anormal où s'accumulent les exsudats. De plus, les qualités de viscosité plus ou moins grande de ce liquide entrent en ligne de compte. Les liquides épais, moins dialysables, stagnent dans la profondeur et la gaze n'est, dans ce cas, qu'un bouchon gênant leur sortie.

Enfin, les qualités physiques de la gaze, aspiration capillaire et imbibition, ont une limite. Elles sont passagères et atteignent rapidement un summum, d'autant plus vite que les liquides suintants sont plus abondants, la gaze plus souple et plus imprégnée de poudres antiseptiques. Kuster (2), Hall (3), Byford (4) ont très bien démontré ces diverses propositions et la nécessité absolue où l'on était de changer fréquemment les mèches superficielles. Cliniquement, il n'est pas rare de voir des Mikulicz, après 10 à

(1) In Thèse MELLIES (Lyon, 1897).

(2) KUSTER. — *Centr. f. Gynecolg.*, 1885.

(3) HALL. — *Boston Med. J.*, 1897.

(4) BYFORD, *Loc. cit.*

12 heures de suintement régulier, arrêter leur fonctionnement sans qu'on puisse le leur faire reprendre. Des symptômes de rétention se manifestent généralement peu après.

On se trouve encore fréquemment en présence d'opérés laparotomisés chez lesquels, quelques heures ou quelques jours après l'opération, se manifeste un ensemble de symptômes inquiétants, tels que douleurs abdominales, apparition ou persistance des phénomènes généraux, fièvre croissante, pouls rapide et vomissements. On défait les sutures, s'il y en avait, on retire le Mikulicz, on le remplace par une simple poche de gaze entourant un drain, après écoulement d'une quantité plus ou moins grande de liquide et de débris infectés. Une amélioration notable peut s'ensuivre, quelquefois définitive. Mais il arrive fréquemment que, malgré ces soins, les menaces d'infection se précisent, exigeant une nouvelle intervention aussi rapide que possible. C'est dans ces conditions que sont pratiqués une grande partie des drainages abdomino-vaginaux. Obligé par la nécessité à chercher une autre voie de drainage, on songe au point le plus déclive représenté par le cul-de-sac postérieur. On le perfore, on met un drain ou une mèche de gaze passant d'un autre côté par la partie inférieure de l'ouverture abdominale et le drainage est établi.

Dans la grosse majorité des observations que nous avons recueillies, les symptômes inquiétants ont rétrocedé avec une très grande rapidité et la guérison s'en est suivie.

C'est dans des conditions analogues qu'ont été pratiqués tous les premiers drainages abdomino-vaginaux. Les cas de Gillette, de Goodell, de Garnett, de Clarke, de Munde, que nous avons rappelés dans notre historique, sont tous des interventions secondaires, des cas de nécessité, pour ainsi dire, exécutés à la suite d'une première intervention insuffisante.

Actuellement, on tend bien davantage à faire le drainage systématique, primitif, dans le cours de la première intervention.

Une autre intervention est celle qui consiste à employer le drainage abdomino-vaginal, primitif ou consécutif à l'enlèvement d'un premier Mikulicz, dans certains cas où les anses intestinales, plus ou moins conglomérées par les néo-membranes, ne descendent pas complètement dans le petit bassin. Ceci se rencontre dans plusieurs cas, soit dans de vastes suppurations pelviennes multi-cloisonnées où l'évacuation des collections a créé une vaste cavité déchiquetée et suintante, soit à la suite de l'enlèvement d'un Mikulicz resté en place dix à douze jours, soit enfin après l'ablation d'une grosse tumeur utérine. Il arrive souvent, dans ces divers cas, que les anses intestinales, maintenues par des adhérences ou par des brides plastiques, ne descendant pas spontanément pour combler la cavité laissée libre au-dessous d'elle. Celle-ci forme alors un vaste trou béant à parois douteuses, surplombé par le toit péritonéal, offrant aux exsudats et au sang un vaste et profond réceptacle. Dans ces conditions, on comprendra facilement qu'un Mikulicz avec ou sans drain peut

être insuffisant. Il est bien plus sûr de drainer avec de la gaze tout cet espace en établissant un vaste tamponnement abdomino-vaginal, étalé en dôme dans le pelvis et terminé en bas par un pédicule vaginal.

Les exemples de ces ouvertures faites, secondairement, destinés à assurer un écoulement jugé insuffisant par le Mikulicz, sont très nombreux, et nous pourrions, dans la littérature médicale, en trouver de nombreux cas. Nous nous contenterons d'en choisir quelques-uns, aussi typiques que possible, dans nos observations et de faire ressortir de quelle utilité a été le drainage abdomino-vaginal dans chacun de ces cas.

Voici, par exemple, l'observation XV. Il s'agit d'une hématocele datant de un mois et demi, proéminent dans la fosse iliaque gauche, si bien qu'on l'opère par l'abdomen. On tombe sur des caillots de sang noir encombrant la fosse de Douglas. Nettoyage et Mikulicz abdominal. Les jours suivants, le drainage se fait mal, le ventre se ballonne, est douloureux. La température monte. L'état général devient mauvais, nécessitant une nouvelle intervention. Le Mikulicz retiré, on trouve un exsudat accumulé sous la gaze dans tout le petit bassin assez profondément. De plus, la fosse de Douglas est encombrée d'adhérences entièrement cloisonnées. Aussi, M. Tixier passe-t-il par le cul-de-sac antérieur après avoir décollé la vessie. Le cul-de-sac est perforé, un drain mis en place. Lavages et placement d'un nouveau Mikulicz. Suites immédiates excellentes, chute de la température et guérison peu après.

Ceci est un exemple très type de ces cas nombreux où le pronostic tout entier dépend de la façon dont s'établira le drainage. Les exsudats hématiques suppurés, stagnants dans les bas fonds du petit bassin, n'ont évidemment aucune part à la résorption spontanée. Laissés en place, ils ne peuvent qu'augmenter l'état infectieux préexistant et amener à un état sépticémique à pronostic plus ou moins rapidement fatal. Et ce qui est bien net, c'est la rapidité de la chute de température dès la contre-ouverture, si elle a été faite à temps.

Voici, par exemple, l'observation XVI, une appendicite à forme pelvienne opérée, par M. Auguste Pollosson, par la fosse iliaque droite. Le lendemain de l'incision, qui avait donné issue à du pus mêlé de matières, la malade avait 39°, le surlendemain 40°, et de violentes douleurs abdominales. Une nouvelle intervention, cinq jours après la première, montra que, sous le petit Mikulicz de la première opération, se trouvait une poche de pus de la contenance d'un demi-litre. On aurait pu se contenter de drainer par le ventre, mais pourquoi ne pas permettre à ce pus de s'écouler suivant la direction que lui indiquait la pesanteur, du côté du cul-de-sac de Douglas ? Pourquoi l'obliger à une ascension lente et pénible le long d'un Mikulicz ? Il était bien plus rationnel de perforer de suite le cul-de-sac postérieur et d'y mettre un drain, ce que fit M. Auguste Pollosson. Le lendemain la température tomba à 38°2. Quelques lavages aidant, le mieux s'ensuivit rapidement et, six semaines après, la malade sortait guérie.

Cette amélioration rapide, cet abaissement de la température dès le lendemain de la seconde opération sont encore plus nets chez une petite malade récemment opérée, par M. Bérard, d'une appendicite suppurée (Voir observation XVII). La température et les phénomènes généraux graves (faciès péritonéal, ventre ballonné très douloureux, vomissements porracés) résistèrent à une intervention dans la fosse iliaque droite. Au cours d'une seconde incision faite, 10 jours après, dans la fosse iliaque gauche, quelques gaz s'échappent de la plaie et décident M. Bérard à créer une contre-ouverture par le cul-de-sac de Douglas. La température qui, le jour de l'intervention, était de 40°, est tombée à 38° dès le lendemain, 37°7 le surlendemain, avec un état général meilleur tous les jours. Il s'est écoulé par le drain vaginal une grande quantité de pus.

Il est probable que, dans ce cas, l'ouverture du cul-de-sac postérieur a sauvé la malade dont l'état était des plus précaires au moment de la seconde intervention. La quantité de pus écoulée par le vagin aurait certainement été d'un écoulement long et difficile par la voie abdominale et il était nécessaire d'en débarrasser de suite la malade, affaiblie par dix jours de forte fièvre.

Voici maintenant (Obs. VII) un de ces cas où l'intestin agglutiné ne descendant pas dans le petit bassin, il se forme, à ce niveau, une poche où s'accumulent tous les produits exsudés. Le Mikulicz étant enlevé au douzième jour, l'intestin accolé à la paroi abdominale, formait le couvercle d'un profond

cul-de-sac rempli d'un liquide séro-purulent. Un drainage abdomino-vaginal, facilement pratiqué, amena une amélioration considérable.

Dans ces diverses observations, en somme, nous sommes toujours en présence du même mécanisme : accumulation de liquide dans un cul-de-sac plus ou moins cloisonné; perforation de ce cul-de-sac et drainage; lavages quotidiens par le drain; retrait progressif du drain au fur et à mesure du cloisonnement et guérison.

Mais — et c'est ce point que nous voulons mettre en relief — dans toutes ces interventions il était nécessaire, pour un succès rapide, d'offrir au pus cette facile voie de dérivation. On aurait pu laver et assécher par l'abdomen, après avoir ouvert largement, mettre des drains dans les points déclives, de la gaze ailleurs, tout ceci aurait été excellent et la guérison aurait été possible. Mais l'ouverture du Douglas pouvait seule amener ce changement si net dans l'état général, cette chute brusque de la température, car seul il donnait à l'écoulement du pus la sécurité et la rapidité quelquefois exigées par l'état général d'un sujet très affaibli.

§ II. — D'après les exemples que nous avons rapportés on peut entrevoir quel est le mode d'action du drainage abdomino-vaginal et pourquoi il agit rapidement dans des cas où le Mikulicz n'aurait qu'un effet insuffisant ou nul.

Ce mode d'action est double. Soumis à l'action de la pesanteur, les liquides sont entraînés vers la par-

tie la plus déclive, quelquefois le cul-de-sac antérieur, le plus souvent la fosse de Douglas. S'ils trouvent, à ce niveau, un orifice par lequel ils puissent passer au dehors, il est évident que leur écoulement sera rapide et assuré. Tandis que l'ouverture abdominale ne pourra être atteinte qu'en grimpant échelon par échelon à travers les mailles de la gaze, l'orifice vaginal se trouvera, au contraire, à leur point même de sortie normale, indiqué par la pesanteur et la topographie de la région.

Cependant il est certain que l'ouverture par le cul-de-sac postérieur ne suffit pas toujours, et que la déclivité n'est pas tout dans le drainage. Il est des cas — nous en possédons trois — où la première opération a été faite dans le cul-de-sac postérieur. Les suites opératoires sont mauvaises, l'écoulement se fait mal, une laparotomie est faite secondairement, et le mieux arrive presque de suite avec écoulement abondant. A ce point de vue l'observation XIII est des plus intéressantes. C'est un hématocele qui, le lendemain de l'ouverture du cul-de-sac postérieur, avec évacuation du Douglas, présente 40°4. Une laparotomie, avec enlèvement de la trompe gauche déchirée, est faite six jours après. La température persiste. Enfin, quatre jours plus tard, M. Villard établit un drainage abdomino-vaginal. Amélioration immédiate suivie de guérison rapide.

Il en est de même pour la malade de la salle Ste-Marguerite opérée également par M. Villard dans les mêmes conditions (Obs. XIV). Depuis sa première opération (incision du cul-de-sac postérieur, enlève-

ment de caillots) la température était restée autour de 39°, plutôt au-dessus qu'au-dessous. Un mois après celle-ci, M. Villard se décide à faire un drainage abdomino-vaginal allant de la fosse iliaque gauche dans le vagin. Ecoulement très abondant pendant les deux jours qui suivent, chute de la fièvre à 38°, enlèvement des drains huit jours après et guérison après trois semaines.

Dans un autre genre la malade opérée par M. Bérard (Obs. XII) et dans les mêmes conditions. Par une large incision du cul-de-sac postérieur on avait crevé deux poches et fait l'ablation de la trompe droite. Cependant les phénomènes douloureux persistaient, il fallut aller, par l'abdomen, nettoyer la cavité et établir une longue mèche de gaze abdomino-vaginale, remplacée peu après par deux drains aveugles, enlevés le 15 mai.

Dans ces cas-là il est certain que l'action de déclivité n'est assurément pas tout. Outre le fait que l'opération peut être faite beaucoup plus complètement par l'abdomen, peut-être y a-t-il une action de refoulement de la part du Mikulicz mis dans le ventre, et d'aide de la part de la pression atmosphérique. Mais ceci est un peu hypothétique. Ce qui est beaucoup plus certain c'est l'action utile des lavages que l'on peut exécuter dans ces conditions. Quelques œilletons étant pratiqués le long des drains, il devient, dès lors, facile de laver tous les jours la cavité du petit bassin, et de désobstruer en même temps le drain s'il avait quelque tendance à se boucher.

Les lavages ne sont pas applicables dans tous les

cas. Il faut que l'on ait affaire à une cavité cloisonnée déjà en totalité ou en partie, de telle façon que l'on ne craigne pas l'effraction dangereuse d'une certaine quantité de liquide dans la grande cavité péritonéale.

Un cas bien type est celui de cette péritonite suppurée entièrement cloisonnée (voir Obs. XIX) chez laquelle on commença, dès le lendemain de l'opération, des lavages au permanganate de potase, à dose faible, une ou deux fois par jour. Malgré l'ampleur de la cavité et la quantité de pus quotidiennement éliminée, la malade a guéri en cinq semaines.

La possibilité de faire tous les jours de grands lavages doit donc être prise en considération et n'est pas un des moindres avantages du drainage abdomino-vaginal, tout particulièrement dans ces cas de grandes cavités suppurées, à parois suintantes, où un nettoyage quotidien par un liquide antiseptique est un appoint sérieux pour la bénignité des suites opératoires et la rapidité de la guérison.

CHAPITRE III

Des indications du drainage abdomino-vaginal.

Comme nous le montre la lecture des observations, on a employé le drainage abdomino-vaginal de deux façons : soit au cours d'une première intervention, drainage primitif, soit, quelques jours après, drainage secondaire, tous deux correspondant à des indications différentes.

I. *Drainage primitif*. — Il peut être utilisé soit à la suite d'opérations aseptiques, soit après des interventions sur des organes septiques ou des cavités purulentes.

§ I. — Il semble que les applications de ce mode de drainage soient très restreintes dans les opérations aseptiques. Il est évident qu'à la suite d'une opération très classique, pour un kyste de l'ovaire ou un fibrome utérin, il n'y a pas grande utilité d'aller créer une voie de dérivation qui ne sera pas utilisée, mais un

certain nombre d'éléments peuvent compliquer ces opérations.

Ce sont tout, d'abord, les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'ablation de ces grosses tumeurs multiloculaires des annexes ou de l'utérus ayant créé, tout autour d'elles, des adhérences, soit inflammatoires, soit néoplasiques. On est obligé alors à une opération compliquée de ponctions et de débriements multiples, à des ruptures d'adhérences étendues. Comme conséquence naturelle, l'opération se trouve prolongée, le péritoine, lésé, présente des pertes de substance, des portions de tissus morbides peuvent rester accrochées de ci et de là aux parois suintantes. L'asepsie est très probablement compromise et un suintement sérieux possible. Il y a donc toute indication à un drainage plus complet que le Mikulicz ordinaire.

C'est ce que reconnut formellement Quénu au Congrès de Chirurgie de 1899, à propos des hystérectomies abdominales atypiques, dues à des difficultés de libération ou de réfection, expliquées par l'enclavement ou les complications septiques.

Comme l'asepsie est toujours compromise en pareil cas, il y a tout intérêt à établir un double drainage, abdominal et vaginal, sous-séreux si la réfection peut, tant bien que mal, s'effectuer, intra-péritonéal si elle a été impossible. De telle façon que, en cas de complications septiques, l'écoulement et les lavages soient des plus faciles.

C'est encore à cette indication que répondait le procédé d'hystérectomie présenté par M. Auguste

Pollosson, au Congrès de Chirurgie (1894), l'hystérectomie à pédicule externe. Le moignon restant du col, constituant le pédicule externe, était fixé par une broche à la paroi abdominale et, autour de lui, les divers plans séreux, musculaires et cutanés étaient suturés. Quelques jours après, enlèvement de la broche et évidement du pédicule au ciseau.

Dans un troisième temps, on enlève le caoutchouc et on passe dans ce qui reste du col un drain qui va du vagin à la plaie abdominale. C'était bien, en somme, un véritable drainage abdomino-vaginal que faisait M. Auguste Pollosson, avec tous ses avantages, puisqu'il permettait l'écoulement et les lavages en cas de suppuration. Nous rapportons une observation de ce genre, due à M. Vallas, qui a eu un grand nombre de succès avec ce procédé (Voir Obs. I).

On trouvera également, dans nos observations, deux exemples de ces grosses tumeurs, nécessitant un pénible travail de décollement et pour lesquelles le drainage était des plus indiqués (Voir Obs. IV et VIII).

Nous avons également trois observations de cancer de l'utérus, n'ayant pas présenté de difficultés opératoires très spéciales et pour lesquelles M. Auguste Pollosson a cependant fait systématiquement un drainage abdomino-vaginal. La rapidité des résultats a, d'ailleurs, montré que cette idée était bonne. Le seul fait du néoplasme implique des conditions de propagation vers les organes voisins, de friabilité des adhérences et des tissus, telles que les sutures sont inutiles. Il vaut mieux utiliser l'ouver-

ture que l'on s'est créée à la partie déclive et s'en servir comme moyen de drainage, en cas de suintement abondant.

A plus forte raison, si, au cours d'une opération aseptique, il se produit un accident infectieux, le drainage abdomino-vaginal est-il indiqué ; c'est le cas, par exemple, de ce fibrome (Voir Obs. II) opéré par M. Vallas. Au cours de l'opération, on crève une poche située profondément, d'où s'écoule une certaine quantité de pus. Malgré la limitation de l'endroit infecté, M. Vallas fit une contre-ouverture et mit un drain.

En somme, le drainage abdomino-vaginal nous paraît présenter des garanties sérieuses de sécurité dans toutes les opérations de tumeurs grosses, enclavées, adhérentes, dans toutes celles au cours desquelles un incident septique se produit, enfin, dans presque tous les cancers qui ne sont pas bien nettement limités à l'utérus.

§ II.— Dans les affections septiques des annexes, les indications du drainage abdomino-vaginal sont multiples. C'est surtout dans cette classe d'affections que la thérapeutique peut gagner à l'extension de ce procédé. Le nombre des rétentions post-opératoires occasionnant de la fièvre, obligeant à une réouverture est encore considérable. Si dès la première intervention, on assurait aux exsudats une voie d'écoulement facile, bien des complications seraient évitées. Nous avons cité un certain nombre de ces cas de pyosalpinx ou d'hématocèles, chez qui on a dû, 6 à

8 jours après l'opération, défaire les sutures abdominales ou ouvrir le cul-de-sac postérieur. Si, dès le début, le drainage avait été établi par le vagin, nul doute que le résultat n'eût été primitivement bon, puisque le simple fait de débarrasser le petit bassin par cette voie dans une seconde opération suffit pour remettre le malade en bonne voie, et cela très rapidement, en 24 heures quelquefois.

Suivant les cas, cette méthode est plus ou moins indiquée. Dans une première classe nous rangeons les collections suppurées, survenues lentement, qui, à la longue, se sont enfermées dans une géode plus ou moins vaste, due à des pseudo-membranes directement accolées contre le péritoine et les parois du petit bassin. On peut rencontrer tous les degrés, depuis la collection de moyenne grosseur, plongeant dans le cul-de-sac de Douglas (Voir Obs. IX, collection suppurée péri-salpingienne) jusqu'à la grande poche de pus emplissant toute la cavité péritonéale (Voir Obs. XIX, péritonite suppurée). Dès qu'elle acquiert un certain volume et qu'elle est tant soit peu profonde, il y a tout avantage à faire le drainage par la voie déclive. On n'a rien à craindre pour les organes voisins déjà protégés par le cloisonnement ; deux drains, allant de la paroi abdominale au cul-de-sac perforé, débarrasseront vite et bien le petit bassin de son pus et, plus tard, les lavages antiseptiques achèveront la guérison.

Ces cas sont peut-être les plus typiques, la lecture des deux observations citées plus haut le montre. Etant donné l'état des deux malades, seul un drai-

nage de ce genre pouvait amener une guérison aussi rapide.

On l'a dit très justement: pour un pus abondant et épais, la gaze représente une échelle qu'il gravit péniblement échelon par échelon, le drain n'est souvent qu'un mât de cocagne inaccessible, la voie déclive est la plus rapide et la plus sûre.

Dans un autre ordre de faits, nous avons vu le drainage abdomino-vaginal donner des résultats excellents. Il s'agissait de péritonites généralisées consécutives à des appendicites ou à des salpyngites. Avec un état général très mauvais on trouvait, par la laparotomie, des intestins nageant dans un liquide louche affluant de partout, peu ou pas d'adhérences et de la pelvi-péritonite. Il fallait écouler le liquide qui se trouvait là, songer à celui qui devait se produire et immobiliser l'intestin. Deux drains dans le Douglas perforé, par l'abdomen un fort tamponnement, allant rejoindre les drains, dans le vagin, et ces indications étaient remplies. Dans les deux observations X et XVIII, la rapidité de la guérison, dans des cas qui paraissaient désespérés, est le meilleur argument en faveur de l'excellence de ce procédé.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, dans les pyo-salpyngites à poches multiples, à adhérences étendues, ayant nécessité de pénibles manœuvres de décollements, il peut être bien plus sûr de laisser aux suintements du lendemain, la voie vaginale libre.

Evidemment il y a peu de pus, le cloisonnement

est fait en partie, un simple Mikulicz, même léger, peut suffire. Il semble, cependant, que la sécurité soit bien plus grande avec la double ouverture, et la surveillance bien plus facile. Dans notre observation XI, M. Tixier a fait ainsi extemporanément un drainage abdomino-vaginal non prévu et n'a pu que se louer d'avoir laissé libre les deux ouvertures qu'il avait créées.

A plus forte raison, ce procédé est-il indiqué si l'on s'aperçoit, au cours de l'intervention, d'un accident quelconque, une perforation intestinale, par exemple, comme dans les observations XII et XX.

II. *Drainage secondaire.* — La nécessité d'un drainage abdomino-vaginal peut se faire sentir en diverses circonstances.

§ I. — En premier lieu, lorsque à la suite d'une opération dans l'abdomen, laparotomie ou simple incision dans les fosses iliaques, les symptômes locaux et généraux graves persistent, et que l'on trouve dans le Douglas la raison de cette persistance. Si nous avons voulu réunir tous les cas trouvés dans la littérature médicale, cette classe de drainage, drainage de nécessité destiné à achever une première opération insuffisante, eût été de beaucoup la plus nombreuse.

Nous en avons quelques exemples dans nos observations. Dans le cas XVI, il s'agit d'une collection suppurée consécutive à une appendicite. Une première opération ne suffit pas, puisque, le lendemain, la température persiste à 39°5 avec des vomissements

porracés. Voyez encore l'observation voisine (XVII), une appendicite également incisée, qui, 4 jours après cette intervention, avait 40° et le ventre empâté et douloureux. Voyez encore l'observation XV, une hématicocèle suppurée opérée par l'abdomen, soigneusement nettoyée et pansée avec un Mikulicz abdominal.

Eh bien, dans tous ces cas, il s'était passé le même phénomène. Le pus, accumulé dans les parties déclives du bassin, n'avait pu s'écouler que d'une façon insuffisante. Il stagnait par conséquent, dans le cul-de-sac, peu à peu absorbé là, irritant le péritoine et causant les symptômes d'infection. Le changement est, d'ailleurs, immédiat : le lendemain même du drainage par le vagin, la température tombe en 12 heures et des symptômes locaux s'atténuent rapidement.

Quelquefois c'est l'inverse qui se produit. Une opération par le vagin a été insuffisante, soit par le fait du nettoyage incomplet, soit parce qu'on n'a pu atteindre, par cette voie, des poches cloisonnées plus éloignées. Dès lors la persistance de phénomènes septiques aigus ou chroniques oblige à une nouvelle intervention par la laparotomie. Dans ces cas les opérateurs se sont bien trouvés de profiter de la voie déclive, parce qu'elle était ouverte, et d'établir un large drainage abdomino-vaginal. C'est le cas pour les deux observations XIII et XIV, deux hématicocèles opérées par le cul-de-sac postérieur, ainsi que pour les pyo-salpinx de M. Bérard (Voir Obs. XVII) et de M. Goullioud (Voir Obs. XX).

La persistance de signes d'infection aiguë dans le premier cas, d'infection chronique dans les autres, obligèrent à une seconde intervention plus radicale. Dans des opérations de ce genre il est très nettement indiqué de faire profiter les malades du drainage par la voie basse, d'autant plus que celle-ci est déjà ouverte dans une première intervention.

§ II. — Il est des cas où le chirurgien ne s'aperçoit de la rétention du pus qu'au moment de l'enlèvement du Mikulicz. Il semblait que la guérison se faisait à peu près normalement. On laisse le Mickulicz en place et on le retire 7 ou 8 jours après l'opération. A ce moment l'on s'aperçoit de la formation, sous le toit de gaze, d'une poche remplie d'exsudats divers.

Dans l'observation VII, l'intestin avait formé cou-vercle en venant s'accrocher à la paroi abdominale, et le petit bassin constituait une cavité où s'accumulait un liquide séro-purulent. Dans des cas semblables il est bien certain qu'un nouveau Mikulicz plus profond, aidé de quelques drains, pourrait à la rigueur, suffire. Cependant il est bien plus simple de perforer le cul-de-sac postérieur et de drainer par cette voie.

§ III. — Enfin, dans une dernière série de cas, le drainage abdomino-vaginal peut présenter des avantages, lorsque à la suite d'une intervention un peu complexe, on s'aperçoit de la présence de matières dans le pansomment. Dans ce cas, la gaze abdomino-vaginale joue d'abord un rôle protecteur plus complet que celui du

Mikulicz, surtout si la fistule siège sur le rectum, ce qui est le cas dans nos deux observations XII et XX. De plus, en cas de sortie abondante de matières, par l'effet d'une diarrhée concomitante, l'écoulement se fera bien plus facilement par la voie déclive.

La sécurité sera généralement bien plus grande, puisque les matières ne seront que très peu en rapport avec la grande séreuse.

En somme, il y a lieu de songer au drainage abdomino-vaginal secondaire :

1^o Lorsque l'ensemble des symptômes physiques et fonctionnels chez une opérée récente fait penser à une rétention du liquide exsudé dans le cul-de-sac de Douglas.

2^o Lorsqu'après avoir enlevé un Mikulicz on aperçoit qu'il s'est formé au-dessous une poche de pus stagnant dans le cul-de-sac de Douglas

3^o Lorsqu'il faut protéger le péritoine contre un écoulement septique continu dans les cas de perforation intestinale par exemple.

La lecture des observations qui suivent montrera encore bien mieux la diversité des cas où le drainage abdomino-vaginal peut rendre service. On verra aussi combien la guérison a été rapide, même dans des cas qui paraissaient fort graves, lorsque l'on a su employer à temps la contre-ouverture vaginale.

CHAPITRE IV

Mode d'action de la gaze.

De l'emploi de la gaze et du drain dans le drainage abdomino-vaginal

Considérons, d'une façon tout à fait générale, en dehors des applications particulières que nous envisagerons tout à l'heure, comment agit le drainage par la gaze. Ce mode d'action a été étudié par Kehrer (1) (1882), par Hegar (2), et surtout par Mikulicz qui, dans son procédé, lui faisait jouer un rôle capital.

Cette question a été reprise plus récemment par M. Condamin (3), par Byford (4) (1886), par Hall et Harrington (5).

On considère que la gaze agit par une triple action

(1) KEHRER. — Capillar drainage Bauchhohle, 1882.

(2) HEGAR. — *Centr. fur Gynæc.*, 1882.

(3) CONDAMIN. — *Province Médicale*, 1893.

(4) BYFORD. — *Amer. gynæcol. and obstet., Journal*, 1896.

(5) HALL-HARRINGTON. — *Boston Med. Journal*, 1897.

sur les liquides qu'elle est destinée à drainer. Tout d'abord par aspiration capillaire, action que Mikulicz considérait comme essentielle. Et cependant elle ne s'exerce guère qu'avec des lanières de gaze peu serrées, étroites, non imprégnées de substances antiseptiques, et à condition que le liquide ne soit pas trop visqueux.

Elle a, de plus, un summum rapidement atteint, en sorte qu'elle réalise peu les conditions dans lesquelles se trouve un Mikulicz ordinaire. L'action de siphon, que lui prête Harrington, est peu soutenable. En effet, le fait, pour les mèches, de retomber le long des parois, ne suffit pas pour constituer un siphonnage suffisant, même et surtout en l'amorçant. En humectant la gaze on diminuerait la troisième action qui est, en somme, la plus importante : l'imbibition. Celle-ci, en effet, est beaucoup plus indépendante des conditions de pression des mèches et de densité du liquide. Elle agit d'autant mieux que la gaze est étalée plus largement. Absorbant dans ses fils la partie liquide des exsudats, la gaze recueille dans ses mailles les débris plus épais, d'autant plus nombreux qu'on l'a mieux fait pénétrer dans tous les coins. Comme le disait Quesnay, à propos de la charpie, « elle sert au pus d'échelle à l'aide de laquelle il s'élève du fond à l'ouverture de la plaie ».

Mais cette action ne peut être que temporaire, car le gonflement des mèches, par imbibition, détermine assez rapidement une obstruction relative et le moindre fonctionnement de la gaze. Aussi, faut-il renouveler fréquemment les mèches, comme le conseille

Byford (1), pour avoir tous les bons résultats de cette action de drainage.

Comme on le voit, l'emploi de la gaze, comme drain, est soumis à des restrictions nombreuses. Cependant, quelques chirurgiens l'emploient assez systématiquement. C'est ainsi que Bardenheuer proclame l'impossibilité de drainer la cavité d'une façon efficace et durable avec des drains. Pour Olshausen (2), étant donné que les drains sont obstrués dès le début par des dépôts fibrineux de lymphe coagulable, leur emploi lui paraît illusoire. Outre cette difficulté, qui est réelle, ils ont encore l'inconvénient de comprimer quelquefois les viscères qui les environnent, ou, au contraire, d'être comprimés par eux, phénomènes également à craindre, puisqu'ils peuvent aboutir à l'ulcération de l'organe.

Cependant, au Congrès de Chirurgie de 1897, un grand nombre de chirurgiens (Richelot, Quénu, Reynier, Routier, etc.) sont venus affirmer leur confiance dans le drain, comme procédé de dérivation rapide et complète. « La gaze n'était qu'un pis-aller, plus souvent nuisible qu'utile », disait Quénu. Evidemment, sur cette question, il ne peut y avoir de parti pris, et c'est tout affaire de cas particuliers. Entre l'inondation totale du péritoine, séreuse ou purulente, que le drain assèche vite et bien, et le suintement des parois, généralisé et léger, consécutif à l'hystérectomie, par exemple, pour lequel une lame de gaze bien

(1) BYFORD. — *Amer. obstetr. and gynecol. J.*, mars 1896.

(2) OLSHAUSEN. — Congrès de Moscou, 1897.

étalée suffit, on rencontre tous les intermédiaires, et c'est affaire au chirurgien d'apprécier.

En effet, en pareille matière, l'essentiel est de ne pas être systématique. La gaze et le drain ont chacun leurs indications très nettes, dérivant tant de leurs qualités propres, que de l'état du petit bassin et de son contenu. C'est pourquoi il est impossible de donner une préférence anticipée à l'une ou à l'autre. Avec leur réunion, on a un appareil de dérivation et de cloisonnement de premier ordre, que l'on peut varier suivant que l'indication est de faire dominer l'un ou l'autre dans le pansement.

D'une façon générale, le drain, quel qu'il soit, en verre (Delagenière, Doyen) ou en caoutchouc, est évidemment l'instrument de dérivation le plus rapide que nous possédions. Quoiqu'il s'obstrue de temps à autre, quoique l'on doive surveiller son contact avec les viscères, il est, cependant, l'instrument de choix, lorsqu'il s'agit de vider une grande cavité purulente et surtout cloisonnée.

Le cloisonnement est, en effet, la condition essentielle de son emploi. Si les anses intestinales sont suffisamment agglutinées entre elles, si le péritoine épaissi n'a pas besoin du soutien de la gaze tassée, il y a, évidemment, tout intérêt à se servir du drain passant par le vagin et sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale. L'indication est d'autant mieux remplie, si le contenu de cette cavité cloisonnée est liquide, hématique ou purulent, car on aura ainsi le minimum de chances de rétention, et il sera possible, plus tard, de faire des lavages antiseptiques.

Le type de ces cas se trouve réalisé par cette péritonite suppurée dont nous avons déjà parlé (Voir obs. XIX). C'était une vaste cavité contenant un litre et demi ou deux de pus bien lié. Elle était absolument cloisonnée, comme on put l'apprécier avec le doigt pendant l'opération. Aussi M. Auguste Pollosson n'hésita-t-il pas à creuser à travers les nombreuses adhérences qui remplissaient le cul-de-sac de Douglas et à perforer la paroi vaginale pour mettre, dans cette ouverture, un gros drain en caoutchouc qui ressortait par la plaie abdominale. Le résultat a justifié cette manœuvre, comme nous l'avons déjà vu.

Prenons un autre exemple (Voir Obs. XVI). C'est une appendicite suppurée. Après une simple incision insuffisante, une seconde intervention, rendue obligatoire, conduit sur une poche enkystée, volumineuse, commençant au-dessus de la vessie et plongeant dans le bassin, assez profondément, puisque le doigt explorateur arrive jusqu'au fond de la fosse de Douglas. Celle-ci est perforée avec le doigt et l'on met deux gros drains qui vont du vagin à la partie inférieure de la plaie abdominale. L'écoulement par en bas est abondant. Deux jours après on commence des lavages antiseptiques quotidiens. On supprime le drain au bout de trois semaines et la guérison se fait en un mois et demi.

Très caractéristique encore, l'observation de cette malade opérée par MM. Maurice et Auguste Pollosson (Voir Obs. IX), chez laquelle on découvrit, après la laparotomie, une poche purulente contenant un litre de liquide. Le péritoine était peu cloisonné,

mais la poche était formée d'une couche solide de fausses membranes qui l'isolaient suffisamment. On ouvre le cul-de-sac postérieur. On met deux gros drains, peu à peu diminués, et la malade peut sortir le vingt-huitième jour de la maison de santé.

En somme, l'ensemble des meilleures conditions pour la mise immédiate du drain est représenté par une grande cavité uniloculaire, à parois bien cloisonnées, à contenu liquide sans débris organiques ni caillots.

Voici maintenant une seconde catégorie de faits. A la suite d'une opération, enlèvement d'une tumeur, par exemple, on se trouve en présence d'une vaste cavité sans parois propres, non cloisonnée et à peu près dépourvue de liquide ; on pourrait se contenter d'un Mikulicz abdominal, mais l'opération a été longue, la décortication quelquefois difficile, un incident est venu la troubler (rupture d'un kyste suppuré, Obs. II), bref, pour une raison ou pour une autre, on craint le suintement, ou bien on veut localiser un point infectieux : on décide le tamponnement abdomino-vaginal. Il est certain, que dans ces conditions, un drain serait simplement une cause d'irritation locale sans aucune utilité, le suintement n'étant pas assez abondant pour expliquer sa présence, au détriment du cloisonnement qui ne se ferait pas, les intestins n'étant pas immobilisés ; dans des cas semblables on doit glisser un large mouchoir de gaze par l'abdomen dans le petit bassin. Une pince passée par l'orifice vaginal saisit le milieu de ce mouchoir et l'attire dans le vagin. Dans la bourse ainsi formée,

on glisse un certain nombre de lanières de gaze. De cette façon, le cloisonnement va se faire en sûreté et vite, sous la protection de la gaze. Grâce à l'immobilisation de l'intestin, le suintement ne sera pas à redouter, car la compression en aura vite raison. D'ailleurs s'il devenait plus abondant, il n'y aurait pas à craindre la stagnation, car la voie déclive lui étant offerte par le pédicule vaginal du tamponnement, tout danger serait écarté. Plus tard, on enlève la gaze quand le cloisonnement est suffisant, et on la remplace par un drain de plus en plus petit. Tout d'abord ce drain assure l'écoulement, minime d'ailleurs. De plus, grâce à son petit volume, il permet à l'intestin et au péritoine de les rendre peu à peu dans le petit bassin pour combler le vide laissé après l'ablation du Mikulicz.

Nous insistons encore sur l'avantage, à cette période du pansement, d'avoir une ouverture au fond de ce cul-de-sac et sur la sécurité bien plus grande qu'offre à l'esprit cette certitude que rien ne peut stagner dans ce fond pendant que l'intestin descend peu à peu au devant de lui. On peut voir dans l'observation VII (kyste de l'ovaire) les dangers de cette accumulation, dont il est quelquefois bien difficile de s'apercevoir à temps.

La situation se présente généralement ainsi à la suite de l'enlèvement des grosses tumeurs abdominales.

Dans notre observation IV, par exemple, il s'agit d'un énorme sarcome-kystique de l'utérus enlevé par M. Tixier. Les manœuvres longues et pénibles,

les ponctions répétées de nombreuses poches, décidèrent au drainage abdomino-vaginal.

Celui-ci fut exécuté à l'aide d'un Mikulicz abdominal ordinaire, tandis que, par le vagin, on introduisait trois fortes mèches de gaze allant rejoindre le fond du Mikulicz. L'opération était faite le 2 mai. Le 11, M. Tixier remplaçait les mèches par un petit drain en croix, enlevé le 23. Le 30, la guérison était complète.

L'observation V est des plus typiques. Il s'agissait d'une femme enceinte de cinq mois et atteinte d'un néoplasme de l'utérus. L'hystérectomie totale étant faite, sans incidents d'ailleurs, M. Pollosson glissa dans la cavité abdominale un Mikulicz qu'il reprit par en bas avec une pince pour l'attirer dans le vagin. Suites excellentes. On met un drain six jours après (le 11 février), on l'enlève le 25.

Mêmes indications et même manuel opératoire encore dans la tumeur bilatérale polikystique des annexes enlevée par M. Auguste Pollosson. Là encore, les adhérences intimes de la tumeur avec le rectum, la vessie, le péritoine, avaient exigé un pénible décollement qui dura vingt minutes. La cavité était vaste, non cloisonnée, très suintante. Une compresse pliée en cornet fut glissée par son sommet dans l'excavation, saisie et tirée avec une pince dans le vagin. Trois jours après, un petit drain, 10 jours après on enlève le tout et la malade sort guérie.

Il peut également arriver, dans les collections suppurées rapidement survenues, que le péritoine

n'ait pas eu le temps de réagir par le cloisonnement ; dans ce cas, la première indication est évidemment de parer à cet inconvénient par un vigoureux tamponnement à la gaze. C'est le cas de l'observation X. C'était une pelvi-péritonite suppurée, appendiculaire ou salpyngienne, rapidement survenue, entourée d'anses intestinales rouges et faiblement agglutinées par des exsudations toutes récentes. Aussi, malgré la présence du pus en assez grande abondance, M. Aug. Pollosson glissa, par l'abdomen, un vaste sac de Mikulicz, attiré par une pince dans le vagin et bourré de six gros tampons de gaze. Quinze jours après seulement, on met deux drains. Guérison en un mois.

En somme, dans tous ces cas où le cloisonnement n'est pas fait, où l'on craint, pour les intestins ou le grand péritoine, le voisinage d'une cavité ou d'un organe septiques, il est préférable de mettre de la gaze qui cloisonne et protège, et même draine suffisamment.

A côté de ces cas où la conduite à suivre est très nette, il en est d'autres où les indications sont moins précises, les cas mixtes où cloisonnement et drainage sont également nécessaires. Lorsqu'une péritonite généralisée, séro purulente ou purulente, s'est déclarée rapidement, à la suite d'une infection locale, par exemple, il est nécessaire de ne pas laisser de liquide diffusé au travers des anses intestinales. Ce drainage ne peut se faire que lentement. D'un autre côté, l'exsudation inflammatoire, toute récente, n'a pu faire que de trop fragiles adhérences entre les

anses. On doit parer à ces deux indications. Dans ces cas le mieux est d'établir, du côté du vagin, une contre-ouverture avec un ou deux drains en caoutchouc, tandis que les intestins seront solidement immobilisés à l'aide d'un Mikulicz abdominal, de telle façon que les liquides s'égouttent peu à peu par la partie déclive, laissant aux adhérences toute liberté pour se former entre les intestins immobilisés.

C'est de cette façon que M. Tixier put sauver une malade atteinte de péritonite purulente généralisée, consécutive à une appendicite. La malade arrivait avec un très mauvais état général, nausées, vomissements, fièvre, ventre tendu et douloureux, etc. (Voir Obs. XVII). La laparotomie montre les anses intestinales rouges et très gonflées, très peu adhérentes entre elles. Dans le péritoine un liquide louche, filtrant entre les anses, venant de toutes les parties du ventre.

Jugeant un Mikulicz insuffisant, M. Tixier effondre le cul-de sac postérieur et fait une contre-ouverture dans laquelle il glisse un gros drain; un Mikulicz abdominal achève l'opération.

Dix jours plus tard, on enlève le drain. Un mois après la malade était complètement guérie.

Ce sont de ces cas où il est impossible d'avoir une règle fixe. On peut, soit combiner le Mikulicz et le drain isolés, soit mettre un gros drain dans la partie inférieure de l'incision abdominale ressortant par le vagin et le matelasser en arrière avec un Mikulicz disposé entre lui et le péritoine. Ceci est affaire à l'opérateur, suivant l'indication qui lui semble dominer les autres.

CHAPITRE V

OBSERVATION I

(Due à M. VALLAS.)

FIBROME DE L'UTÉRUS.

M. F..., âgée de 50 ans. Apparition de la tumeur il y a 3 ans. Accroissement régulier depuis, continuellement. Tumeur jusqu'à l'ombilic. Très mobile. 10 cent. à l'hystéromètre.

24 novembre 1896. — Laparotomie. On arrive sur la tumeur, qui est de la grosseur d'une tête de fœtus, siégeant sur la paroi antérieure de l'utérus. On l'attire au dehors, le pédicule est embroché, et l'on procède ensuite à la ligature de ce pédicule, au-dessous de la broche, avec un gros cordon de caoutchouc. Section du pédicule et de la tumeur. Autour du pédicule, on ligature le péritoine, les plans musculaires, la peau.

27 novembre. — Evidement du pédicule. Enlèvement de la broche.

4 décembre. — Enlèvement du lien de caoutchouc. On fait passer un drain à travers le moignon de col qui passe par le vagin et la plaie abdominale.

19 janvier. — Cicatrisation de la plaie. La malade sort guérie.

OBSERVATION II

(Due à M. VALLAS.)

FIBROME SUPPURÉ. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — DRAINAGE
PAR LE VAGIN D'UNE POCHE PURULENTE DE LA CAVITÉ DE
DOUGLAS.

G... Marie, 49 ans. L'affection a débuté, il y a une dizaine d'années, par des douleurs vagues dans l'abdomen, puis une tumeur est apparue et a grossi considérablement.

A l'entrée à l'hôpital on constate une tumeur d'apparence bilobée, formant une saillie de chaque côté de la ligne médiane.

Les douleurs sont plus marquées dans le flanc droit.

Depuis un mois, pertes blanches marquées ; il y a quelque temps déjà que la malade aurait remarqué un écoulement de pus par le rectum.

Léger degré d'ascite.

L'amaigrissement est devenu très considérable et la malade a perdu 25 kilos en 4 mois.

On perçoit des ganglions dans la fosse iliaque.

Le 24 août 1897, on fait une *hystérectomie avec collette péritonéale*. La décortication de cette tumeur se fait aisément ; elle est composée de trois lobes : deux latéraux, étendus dans les fosses iliaques, et un troisième qui plonge dans le cul-de-sac utéro-rectal. Pendant la décortication, on rompt une poche purulente constituée probablement par une géode suppurée. Le pus se répand dans le cul-de-sac de Douglas, on le draine par le vagin et on fait un tamponnement à la Mikulicz.

La température après l'opération est de 38°.

Le 25 août. — Température 39°. Quelques vomissements.

Le 26 août. — Température 37°5. La malade se sent bien. Plus de vomissements.

Le 28 août. — Température 38°5.

Le 30 août. — Température 37°. On change le tamponnement à la Mikulicz. Le ventre est souple, il n'y a pas de sécrétion péritonéale.

Le 3 septembre. — Température normale. La malade s'alimente bien.

Le 5 septembre. — La température s'élève, mais l'état général est satisfaisant.

Le 18 septembre. — Mort. Depuis trois jours la température s'est élevée progressivement, et la malade est morte assez brusquement sans que les signes abdominaux se soient accentués.

Pour cette malade, le diagnostic de fibrome était douteux. Il est possible qu'elle ait succombé à une généralisation cancéreuse.

OBSERVATION III

(Due à M. Aug. POLLOSSON.)

CANCER UTÉRIN

Mme X. . . , âgée de 60 ans. Deux grossesses. Ménopause à 48 ans.

Depuis deux ans quelques douleurs et quelques pertes sanguines irrégulières.

Au toucher, on trouve un utérus hypertrophié. Le col utérin paraît sain. On fait une dilatation utérine qui montre la présence, dans la cavité utérine, de bourgeons cancéreux.

L'extirpation vaginale est jugée difficile, en raison d'une atrophie sénile du vagin et de la vulve. On pratique donc l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale. L'opération étant terminée, on place deux drains allant de l'abdomen au vagin et, derrière eux, un sac de gaze aseptique contenant deux mèches.

Suites immédiates : fièvre due à une congestion pulmonaire concomitante. Durée huit jours. Au 8^e jour, enlèvement des mèches. Au 10^e jour on enlève le sac. Il ne reste que les deux drains. A partir de ce jour on fait des lavages vaginaux fréquents qui sortent en partie par l'abdomen, en suivant le drain. Au 12^e jour on supprime un des deux drains. Au 20^e jour on remplace le drain par un autre de plus petit calibre. Au 22^e jour, enlèvement de ces derniers. L'oblitération est définitive au bout de 25 jours et la malade peut quitter la maison de santé un mois après l'opération.

OBSERVATION IV

(Due à M. TIXIER.)

SARCOME KYSTIQUE DE L'OVAIRE

M. A..., 29 ans, domestique.

Augmentation de volume du ventre, constatée depuis 4 ans. Apparition, depuis 2 ans surtout, de douleurs sourdes, avec paroxysmes intermittents, sans irradiations. Pas de trouble des époques, ni de douleurs à la palpation ; une ponction il y a 2 ans 1/2 (12 litres, dit-elle). Depuis, 5 à 6 ponctions toujours très abondantes. Pas d'ascite. Actuellement ventre énorme ; On sent une grosse tumeur composée de plusieurs petites tumeurs de volume et de consistance variable, rénitentes ou nettement fluctuantes, indolores. Col utérin repoussé en avant, très remonté, difficile à atteindre.

2 mai. — Intervention. Tumeur énorme sans pédicule distinct, rattachée à l'utérus. Ponctions répétées de nombreuses poches. Hystérectomie totale. Mikulicz abdominal et trois mèches dans le vagin autour d'un gros drain. Le 7 mai ablation du Mickulicz. Le 11, M. Tixier remplace les

mèches vaginales par un drain en croix introduit à l'aide d'une pince et qui reste bien plus stable dans le cul-de-sac postérieur. Il est enlevé le 23. Guérison rapide. Le 30, la cicatrisation est faite des deux côtés.

OBSERVATION V.

(Due à M. Auguste POLLOSSON.)

NÉOPLASME UTÉRIN COINCIDANT AVEC UNE GROSSESSE

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Réglée normalement. Trois enfants. Grossesse et accouchement normaux.

Au cours de juin 1899, hémorrhagie forte accompagnée de douleurs violentes. Ni l'une ni l'autre ne se reproduisent depuis et nous n'avons à noter, depuis cette époque, qu'un amaigrissement persistant assez considérable.

Au 1^{er} novembre, l'absence des règles la mettant en éveil, on la découvre enceinte de deux mois et demi environ.

Actuellement : abdomen assez volumineux, douloureux spontanément et à la palpation. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Par le toucher vaginal on arrive sur un col utérin gros, donnant la sensation d'une plaque friable, sans végétations bien importantes. Une ulcération à bords souples à gauche. Léger saignotement sous le doigt. L'ongle ramène des morceaux du col.

Culs-de-sac latéraux partiellement envahis. Rien dans les culs-de-sac postérieurs.

Mobilité utérine restreinte.

Opération, le 7 février. — M. Auguste Pollosson fait une hystérectomie abdominale totale. — Rien à signaler pendant l'opération. — Un Mikulicz est mis dans la cavité abdominale et attiré par une pince dans le vagin.

Suites bonnes. — Pas de température, pas d'hémorrhagie.

Le 9, on enlève quelques compresses.

Le 11, on met un drain abdomino-vaginal, tout en laissant encore quelques compresses.

Le 15, les dernières mèches sont enlevées.

Le 20, le gros drain est remplacé par un plus petit. — La plaie se ferme peu à peu, Bon état général. — Appétit normal.

Cet état de choses persiste jusqu'à sa sortie (26 mars) (1), sauf huit jours de fièvre et d'urines purulentes, traitées par les grands lavages au permanganate de potasse et qui n'ont pas laissé de traces.

OBSERVATION VI

(Due à M. Auguste Polosson.)

CANCER DE L'UTÉRUS

Mme N..., 60 ans. Rien dans les antécédents ; ménopause à 55 ans.

Elle se plaint de pertes blanches depuis 4 ans. Depuis quelques mois elles ont changé de teinte, sont devenues jaunes, striées de sang pur ; elles ont pris une odeur forte et désagréable. En même temps, violentes douleurs dans tout le bas-ventre.

Au toucher, corps utérin hypertrophié, col mou, sans végétations bien appréciables.

Le toucher intra-utérin, après dilatation préalable du col, confirme le diagnostic de cancer. Dans le cas particulier, la voie vaginale ne permet pas l'extirpation, étant donné son étroitesse on prend donc la voie abdominale.

(1) Ces derniers temps elle est revenue avec une récurrence. — Invasion des culs-de-sac et de la paroi.

Laparotomie médiane (27 mars 1900). Les anses intestinales se trouvent agglutinées entre elles par des adhérences filamenteuses anciennes. Les anses sont adhérentes d'abord entre elles, en outre à la paroi pelvienne et aux organes pelviens.

Il faut donc, pour aborder l'utérus, décoller les adhérences intestino-pariétales, tout en laissant les anses adhérentes entre elles. Ceci fait, l'utérus est extirpé par un procédé analogue à celui de Doyen pour les fibromes. Le vagin se trouve donc ouvert au fond du pelvis et la cavité péritonéale se trouve presque déjà cloisonnée par les adhérences anciennes. On termine en passant un double drain qui va de la plaie abdominale à la vulve. De plus, une compresse de gaze vient séparer la masse intestinale d'avec les drains.

Cette compresse est attirée par le vagin avec une pince. Dans le sac ainsi formé, mèches de gaze iodoformée.

On enlève l'un des drains au huitième jour. Au douzième jour, on en met un plus petit. Ce dernier est enlevé au dix-huitième jour. Cicatrisation rapide, la malade quitte la maison de santé un mois après l'opération.

Du jour où le Mikulicz a été enlevé, on a fait dans le vagin des injections avec du permanganate de potasse jusqu'au moment de l'obturation du canal vagino-péritonéal qui est arrivé très rapidement.

OBSERVATION VII

(In Thèse de VERGNE).

KYSTE DE L'OVAIRE AVEC ASCITE. — PROLAPSUS GÉNITAL
TOTAL, ULCÉRÉ.

R. C., 35 ans, entre en août 1898. Opération le 25 août, par M. Bérard. Laparotomie. Il s'écoule 20 litres d'ascite. La ponction du kyste qui est multiloculaire donne encore 10 litres

de liquide. Même opération de petits kystes situés autour de la poche principale. Adhérences péritonéales larges. Le kyste est dégagé. On réduit le prolapsus et on fixe l'utérus à la partie inférieure de la plaie.

Saignement du péritoine et des parois. Suture en capiton des deux surfaces saignantes du péritoine.

Le petit bassin, laissé libre, est comblé par un Mikulicz

Enlèvement du Mikulicz (treizième jour). On laisse un drain et gaze.

20 septembre. — L'intestin est descendu progressivement, le drain raccourci et les mèches enlevées ; mais l'intestin vient s'accoler à la paroi abdominale et forme un couvercle à la cavité du petit bassin où s'accumule du liquide sero-purulent, si bien qu'on établit un drainage abdomino-vaginal. Une grande quantité de liquide s'écoule. La malade va bien mieux.

Malheureusement, une fistule stercorale (due au frottement du drain) se déclare par la suite. Le malade dépérit et meurt le 10 octobre.

OBSERVATION VIII

(Due à M. Auguste Pollosson.)

TUMEUR BI-LATÉRALE POLIKYSTIQUE DES DEUX OVAIRES (Société des Sciences médicales de Lyon, 6 février 1895, présentée par M. BERT).

Tumeur volumineuse faisant saillie sur la ligne médiane à l'hypogastre avec deux lobes latéraux. Dure, résistante.

Col affaissé. Masse indurée dans le cul-de-sac de Douglas, semblant faire corps avec la face postérieure de l'utérus.

Pas d'écoulements.

Opérée le 11 janvier 1895. — Incision médiane sous-om-

bilicale. On voit un kyste gros comme deux poings que l'on ouvre avec le trocart. La main tombe alors sur deux masses néoplasiques paraissant dépendre de l'ovaire et contractant des adhérences intimes avec le corps utérin. Adhérences intimes au rectum et à la vessie. Décollement à la main (20 minutes). Section des insertions vaginales. On retire le tout.

Drainage : compresse aseptique, pliée en cornet, introduite par son sommet dans l'excavation. Ce sommet est saisi avec une pince placée dans le vagin et tiré en bas. On ferme la cavité avec trois tampons de gaze.

Les tampons sont enlevés trois jours après et remplacés par un drain abdomino-vaginal ; dix jours après on enlève les drains et la malade est guérie.

OBSERVATION IX

(Due à MM. Maurice et Auguste POLLOSSON.)

COLLECTION SUPPURÉE PÉRI-SALPINGIENNE.

Mme X..., 44 ans, mariée depuis 20 ans. Jamais eu de grossesse. Depuis 6 mois douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Dans ces derniers temps les règles ont été supprimées deux fois. Un peu de fièvre qui augmente, de sorte que la malade a 39°5 deux jours avant l'opération.

A l'examen : collection liquide volumineuse remontant presque à l'ombilic, remplissant l'excavation et déjetant l'utérus à droite et en avant. Diagnostic hésitant entre un kyste de l'ovaire présentant des phénomènes inflammatoires par torsion de son pédicule ou une collection péritonéale.

Le 30 mai 1900 on fait une laparotomie médiane. Une fois le péritoine incisé on constate l'existence d'une poche dont la paroi antérieure est constituée par des fausses membranes. On fait une petite incision à cette poche après avoir protégé

le pourtour au moyen de tampons et l'on voit s'écouler plus d'un litre de pus. Le doigt étant enfoncé dans la poche pénétre jusqu'au fond du Douglas distendu. On fait une contr'ouverture par le cul-de-sac postérieur du vagin. On place deux drains allant de l'abdomen au vagin à travers les deux orifices de la poche, et on fixe par quelques points de suture l'ouverture antérieure de la poche purulente au péritoine pariétal de façon à empêcher le pus de fuser dans le péritoine non cloisonné.

A partir du jour de l'opération la malade est soulagée de ses douleurs. La température s'abaisse d'une façon progressive, l'appétit revient et l'état général s'améliore. Ce n'est qu'au bout du quinzième jour que l'on commence à faire des lavages par les drains. Au vingtième jour on enlève un des drains. Au vingt-cinquième on le remplace par un dernier beaucoup plus petit, avec lequel la malade quitte la maison de santé au vingt-huitième jour. Il s'écoule encore quelques gouttes de pus. On pourra le supprimer dans quelques jours.

OBSERVATION X

(Due à M. Auguste Pollosson.)

PELVI-PÉRITONITE SUPPURÉE

Mme M..., âgée de 50 ans. N'a eu qu'une grossesse, il y a 12 ans. Encore réglée et régulièrement. Constipation habituelle. Pas de crises appendiculaires antérieures.

En avril 1899, elle éprouva des douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite. Légère élévation de température le soir, 38° 38°5, suffisante pour empêcher son travail et l'obliger à garder le lit. Les douleurs vont en augmentant. Au moment où elle voit M. Auguste Pollosson (mai 1899) elle présente une collection volumineuse, remontant presque à deux doigts de l'ombilic, plongeant dans le cul-de-sac posté-

rieur, développée à droite et à gauche de la ligne médiane, surtout à droite. Diagnostic : pelvi-péritonite suppurée, d'origine douteuse (appendicite ou salpingite). On décide une opération par l'abdomen, étant donné le volume énorme de la tumeur.

Dans les 2 ou 3 jours qui séparent la décision de l'opération, la collection augmente beaucoup de volume : elle a dépassé l'ombilic. En même temps, le cul-de-sac postérieur bombe davantage. La fièvre n'a jamais dépassé 39°5. Douleurs violentes dans l'abdomen. Apparition de vomissements.

1^{er} mai 1899. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une collection de péritonite purulente à pus fétide. En haut et en arrière, la cavité n'est limitée que par les anses intestinales, rouges et faiblement agglutinées par les exsudations récentes.

Dans le pelvis, du côté droit, fait saillie une masse d'un gris noirâtre, presque gangreneuse, mais que l'on peut inciser après avoir ligaturé sa base. Cette masse comprend les trompes et l'ovaire droit, et un morceau de l'appendice, le tout recouvert et agglutiné par les fausses membranes. On ouvre le cul-de-sac postérieur du vagin, de façon à avoir un drainage par le point déclive. Il paraît nécessaire de cloisonner surtout le péritoine et de le séparer de la poche purulente ouverte, en raison des adhérences très incomplètes que présentent les anses intestinales. Aussi, un vaste sac de gaze aseptique est placé dans la poche, attiré par des pinces dans l'orifice vaginal et accolé par sa face postérieure à ces anses intestinales contre lesquelles il est appliqué largement. Ce sac est rempli par cinq ou six gros tampons de gaze, de façon à laisser à l'incision son maximum de béance et à faciliter l'écoulement des sécrétions.

Soulagement immédiat, le soir même de l'opération. Une quantité abondante de sérosité grisâtre souille le pansement, on le change. Au troisième jour, enlèvement de deux tampons de l'ouverture abdominale ; au cinquième jour, deux autres tampons.

Enfin, les deux derniers au dixième jour. L'ouverture abdominale se rétrécit notablement à mesure que les tampons sont enlevés. Il ne reste plus que le sac sur lequel on voit bomber les anses. On l'enlève entre le douzième et le quinzième jour par des décollements partiels et successifs qui le séparent des anses auxquelles il adhère. Les surfaces de décollement saignent à mesure qu'on enlève le sac, d'où son ablation en plusieurs temps successifs.

A ce moment, le sac étant enlevé, on introduit deux gros drains qui, passant par la plaie abdominale, vont sortir par l'ouverture du vagin. Dès lors, la plaie abdominale se rétrécit d'une façon progressive. Les drains sont remplacés bientôt par un seul drain, de plus en plus petit, lequel est enlevé d'une façon définitive au vingt-cinquième jour de l'opération. Il ne reste plus qu'une surface bourgeonnante au niveau de la plaie abdominale, surface qui se cicatrise lentement dans un délai de 15 à 20 jours après l'ablation du drain.

La malade est revue depuis souvent en parfait état de santé et avec un faible degré d'éventration. Une ceinture de soutien est nécessaire.

OBSERVATION XI

(Due à M. TIXIER).

PYO-SALPYNX DOUBLE. — COLLECTION PURULENTE ET PELVI-PÉRITONITE DANS LE DOUGLAS. — COLPOTOMIE POSTÉRIEURE SUIVIE D'ABLATION DU PYO-SALPYNX PAR LA VOIE ABDOMINALE. — GUÉRISON.

Mme X..., 24 ans.

Avortement au mois de janvier 1899. Depuis cette époque, pertes blanches abondantes. Douleurs continues dans le bas ventre, exaspérées par la marche et par des efforts. Aucun travail fatigant n'est possible. Traitement médical pendant six mois. Aucun résultat.

1^{er} mars 1900. — Poussée de température. Retentissement péritonéal. Vomissement. Glace sur le ventre. Opium. Pas de résultats.

Toucher: Collection dans le Douglas, distendant le cul-de-sac postérieur. Deux poches, grosses comme le poing, de chaque côté de l'utérus.

Intervention le 21 mars sous anesthésie. Colpotomie postérieure. On trouve une poche grosse comme une petite orange que l'on draine. Mais on s'aperçoit qu'il est impossible, par cette voie, de drainer suffisamment les deux autres poches salpingiennes. Etant donné l'état, plutôt grave, de la malade, qui n'admettait pas de temporisation, étant donné qu'elle avait formellement demandé une guérison complète, on la met immédiatement sur le Trendelenburg, pour procéder à la laparotomie, ablation de deux trompes suppurées. Adhérences intestinales très nombreuses. Devant cette plaie intra-péritonéale saignante, on se décide à un large drainage. La main abdominale pénètre dans le Douglas et le rein. Deux drains dans le vagin. Mikulicz abdominal. Le mieux est immédiat. Il existe de la température. Le Mikulicz est retiré le 20 mars sans accident. Par les drains vaginaux s'écoule encore une sérosité louche, qui fait qu'on les conserve plus longtemps. Ils sont peu à peu retirés. La guérison est complète. La malade retourne en Algérie, où elle a repris sans inconvénient un travail assez pénible. Elle monte à cheval une partie de la journée sans fatigue.

OBSERVATION XII]

(Due à M. BÉRARD.)

**SALPINGITE PURULENTE. — OVAIRE KYSTIQUE. — POCHEs
CLOISONNÉES AUTOUR DE L'UTÉRUS.**

B. D..., cultivatrice à St-Prix (Allier), entre dans la salle Ste-Anne, clinique de M. le professeur Poncet, suppléé par M. le professeur agrégé Bérard.

Elle se plaint de pertes blanches abondantes mêlées, de temps à autre, à des pertes rouges. Le ventre est douloureux à la pression, ballonné de temps à autre, avec des exacerbations violentes si elle se fatigue. Irradiations dans les reins et les membres inférieurs. La marche est difficile.

A son entrée, la malade est très affaiblie, anémiée, sans appétit.

L'abdomen est dur, météorisé, sensible à une pression un peu forte. On ne sent pas l'utérus. Pas de plastron.

Toucher. — Col sain en apparence. Corps en rétroversion, un peu abaissé, difficile à délimiter latéralement, car il est fixé par d'énormes paquets inflammatoires indurés, surtout marqués dans la moitié droite du bassin. La pression du doigt sur ces masses fait sortir, par le rectum, quelques filets de liquide glaireux ou muco-purulent, beaucoup plus abondant, il y a quelques jours, comme si, à ce moment, la collection s'était vidée. Les masses des culs-de-sac sont dures, rénitentes, très inégalement consistantes.

Le toucher rectal ne montre pas l'orifice de communication avec la région pelvienne.

23 mars. — Opération (M. Bérard). Anesthésie avec le mélange de Billroth. Incision large du cul-de-sac postérieur. L'utérus est très difficile à mobiliser. Le cul-de-sac de Douglas est complètement envahi par des adhérences qui exigent un décollement laborieux, en se guidant sur le doigt d'un aide, introduit dans le rectum. On crève ainsi plusieurs poches distinctes et on peut faire l'ablation de la trompe droite, dont le contenu purulent est écoulé au cours des manœuvres. On crève, en même temps, un kyste contenant une sérosité séro-sanguinolente. L'ovaire, réduit à une coque mince, est assez difficile à libérer, néanmoins on l'extirpe. Pince sur le pédicule ovarique. Les annexes gauches n'étant pas senties au doigt, on les laisse en place.

Tamponnement du petit bassin avec lanières de gaze iodoformée.

Cependant, la température ne descend pas au-dessous de

38°; l'état général n'est pas bon; quelques matières s'écoulent par le rectum.

Le 3 avril, examen sous anesthésie. On reconnaît l'impossibilité de faire l'hystérectomie vaginale, l'utérus étant fixé et comme soudé dans un ciment inflammatoire dû aux collections remontant derrière la paroi abdominale, de chaque côté de la vessie.

Laparotomie sous-ombilicale qui permet d'évacuer plusieurs abcès cloisonnés autour de l'utérus. L'épiploon, épaissi, est tendu au-dessus des masses enflammées et protège la grande cavité. Après évacuation des abcès, de fortes mèches de gaze blanche sont introduites par la plaie abdominale et attirées par la pince dans l'ouverture vaginale élargie. Le drainage abdomino-vaginal est complété par les lanières de gaze iodoformé, ainsi que par un tamponnement modéré du vagin.

Suites immédiates bonnes, sans réaction. On maintient le drainage abdomino-vaginal jusqu'au 15 mai.

A cette époque on le remplace par des drains borgnes, un abdominal, un vaginal. Peu à peu, la plaie vaginale se ferme; les quelques matières qui passaient par là, passent maintenant par la plaie abdominale, mais en petite quantité, le reste passant normalement par l'anus. En juin, on dilate ce trajet, on met un pansement, peu à peu retiré. Actuellement, il ne reste plus qu'une petite fistule grosse comme une tête d'épingle et la malade a repris ses occupations.

OBSERVATION XIII

(Due à M. VILLARD.)

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

Mme A. P..., 25 ans, tisseuse à Lyon, entre le 9 avril 1900 dans la salle Ste-Catherine (hôpital de la Croix-Rousse).

Rien de notable dans ses antécédents. Une grossesse bien effectuée et bien terminée.

La maladie actuelle a débuté, il y a un mois, par de vives douleurs abdominales avec irradiation violentes dans les lombes. Les époques qui étaient en retard de deux mois, survinrent alors, peu abondantes d'ailleurs.

A ce moment, apparition de points douloureux thoraciques, occasionnant une dyspnée intense. Entrée à Ste-Blandine, elle est examinée par le Dr Lyonnet qui diagnostique une origine utérine. Fièvre persistante ; le toucher vaginal révèle une tumeur d'assez grande dimension dans le cul-de-sac postérieur. La palpation abdominale fait sentir une tumeur à gauche au niveau de la région de la trompe, grosseur roulant sous le doigt, douloureuse.

12 avril 1900. — Opération.

Incision du cul-de-sac postérieur. On tombe dans une large poche pleine de caillots noirs. Diagnostic immédiat : hématoçèle rétro-utérine. La poche est vidée et remplie de mèches de gaze.

13 avril. — T° 40°4.

20 avril. — Laparotomie. On va à la recherche de la trompe gauche qui est déchirée en son milieu ; autour d'elle des débris placentaires. Salpingetomie.

24 avril. — Contr'ouverture abdominale. Drainage abdomino-vaginal. Un drain dans le vagin. Tamponnement de l'abdomen.

Les jours suivants, l'amélioration est de plus en plus nette. On diminue peu à peu le drain et on l'enlève le 17 mai. Les deux ouvertures abdominales et vaginales se referment. La malade quitte le service le 28 mai, en très bon état. Les douleurs et les pertes ont complètement disparu.

OBSERVATION XIV

(Due à M. VILLARD.)

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

A. J.,, 27 ans, de Schlestadt (Alsace).

Irrégularité dans les époques. Pertes blanches habituelles. Bonne santé ordinaire. Retard de trois semaines en janvier 1900. Puis apparition de pertes rouges abondantes, qui durent 15 jours. Depuis ventre douloureux.

Actuellement vives douleurs abdominales surtout à droite, surtout au moment de la marche. Irradiations du côté des reins et des jambes.

Peu de choses par la palpation abdominale, d'ailleurs difficile. Au toucher, tumeur rénitente et douloureuse dans le cul-de sac postérieur. Pas de température.

Opération le 13 avril. Incision du cul-de-sac postérieur. Ecoulement d'une grande quantité de sang. On sent, avec le doigt, une masse friable ayant la consistance d'un placenta. On l'extraît, une éponge est laissée sur l'incision. On l'enlève 48 heures après. La poche se referme. Le lendemain, la température remonte à 40°. On rouvre la poche. L'écoulement est minima et la T. ne descend qu'à 39°. De plus le cul-de-sac gauche est toujours bombant et fluctuant.

Le 19 mai, incision au niveau de la fosse iliaque gauche. Ecoulement d'un verre de pus. Contre-ouverture sur le cul-de sac gauche et drainage abdomino-vaginal avec des drains entourés de gaze. Deux jours après la T. est retombée à 38° et se maintient pendant une quinzaine avant de redevenir normale. Les drains sont restés 8 jours en place. Le suintement abondant les deux premiers jours avait complètement disparu.

Plaie cicatrisée ; bon état général.

OBSERVATION XV

(Due à M. TIXIER)

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE SUPPURÉE

A. G..., 20 ans, repasseuse à Albertville (salle Gensoul, n° 18).

Depuis sa dernière couche datant de un mois et demi, douleurs violentes localisées dans le flanc gauche, avec irradiations exaspérées par l'effort, la marche, le décubitus latéral.

Abdomen souple, facile à palper, pas douloureux. Empatement limité à la fosse iliaque gauche. Cul-de-sac gauche douloureux et tuméfié. L'utérus paraît normal, mais partiellement immobilisé.

Cystite. Albumine.

L'état général est mauvais. Langue sèche, rôtie. T. 39°2. Amaigrissement rapide.

Intervention le 24 février. Laparotomie médiane. On tombe sur un liquide hématique qui remplit le petit bassin. Des caillots de sang noir encombrent la fosse de Douglas. Nettoyage et Mikulicz abdominal.

Les jours suivant, l'état général ne se relève pas. Il y a toujours de la température ; le ventre est douloureux, la langue sale et les urines très albumineuses.

Nouvelle intervention le 23 mars. Le doigt, poussé jusque dans les parties déclives, arrive sur le cul-de-sac antérieur du vagin ; on le perfore et on passe un gros drain qui reste en place (après lavages). Tamponnement de l'abdomen.

Suites immédiates excellentes ; cinq jours après un nouvel abcès se montre dans la fosse iliaque gauche. On l'ouvre et on le draine. Aucun incident nouveau depuis. Guérison.

OBSERVATION XVI

(In thèse de Dormoy, Lyon 1895).

APPENDICITE A FORME PELVIENNE.

C., 14 ans. Début, le 9 juin 1895, par des courbatures, douleurs et vomissements. Douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. Empâtement très net et très douloureux. T. 38° 5, 39°. Amélioration momentanée, puis reprise des douleurs et de la tuméfaction (volume du poing environ).

Opération le 19 juin. — Incision parallèle à l'arcade crurale. Ouverture du foyer purulent intra-péritonéal. Ecoulement de 300 grammes de pus. Adhérences. Il sort plusieurs petits morceaux de matière fécale. On ne trouve pas l'appendice. Tamponnement. Drain.

Mieux le lendemain.

2^e jour, 39° 5, 40°.

3^e jour, douleurs vives.

4^e jour, empâtement de l'ombilic au pubis : 40 degrés.

Deuxième opération le 24 juin.

Incision entre ombilic et pubis. On trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré et induré. On le déchire pour pénétrer dans une poche purulente enkystée, située au-dessus de la vessie et plongeant dans le bassin. Un demi-litre de pus fétide et noirâtre. Le cœcum la limite à droite.

Pour mieux drainer on incise le cul de sac postérieur du vagin qui correspond au fond de la poche et on met deux drains de caoutchouc qui vont de la paroi antérieure de l'abdomen au vagin. Ceci permet un bon drainage et l'on fait, au bout de quelques jours, des lavages antiseptiques.

T. 38° 5. Amélioration rapide, suppression du drain au bout de trois semaines. Guérison au bout de six semaines.

OBSERVATION XVII

(Due à M. BÉRARD.) (1)

APPENDICITE SUPPURÉE.

Simone D..., 14 ans 1/2.

Depuis un ans elle a souvent des douleurs abdominales étendues à toute la paroi, mais elles se localisent de préférence dans le côté droit.

Le 7 mai. — Douleurs dans la fosse iliaque droite. Maux de reins, perte de l'appétit, état fébrile. Pendant 4 jours, les symptômes persistent, puis amélioration, le 11 mai, avec l'apparition des premières règles et, le 15, elle pouvait reprendre ses études.

Le 29 mai. — Nouvelles douleurs vives du côté de l'appendice, avec vomissements bilieux, porracés. Cet état persiste pendant trois jours, puis aggravation sérieuse.

Le 1^{er} juin. — Facies péritonéal. Ventre ballonné, très douloureux spontanément et à la pression. Points très douloureux dans les deux fosses iliaques. Celui de droite est légèrement plus accentué et, à ce niveau, il y a un empatement très net, provenant probablement d'une appendicite. Vomissements porracés.

La température, le soir, est de 40°2.

Traitement : opium et glace.

4 juin. — Les vomissements disparaissent, la température se maintient entre 38°5 et 39°.

8 juin. — Fluctuation nette au niveau de l'appendice. *Incision de la paroi*, drainage. On évacue alors 400 gr. de pus.

14 juin. — La température qui était restée très élevée (de

(1) Avec la collaboration de mon ami le Dr GÉLIBERT.

39°5 à 40°), est tombée aujourd'hui à 38°8. Mais on perçoit une nouvelle collection dans la fosse iliaque gauche.

Le 19 juin. — *Laparotomie gauche*. Evacuation de 500 gr. de pus, mais à l'incision, on a constaté la présence de gaz dans la poche.

Tamponnement par la plaie abdominale.

Drainage par le cul-de-sac de Douglas. T. 40°.

21 juin. — La température est à 38° depuis hier, mais l'on trouve des matières dans le drain vaginal.

29 juin. — L'état général s'améliore. Il n'y a plus de matières dans le pansement. Le pus s'écoule en assez grande abondance par le drain qui a été progressivement retiré.

T. 37°7.

OBSERVATION XVIII

(Due à M. TIXIER)

APPENDICITE. — PÉRITONITE PURULENTE GÉNÉRALISÉE

L. B..., 35 ans, brodeuse à Lyon. Quelques antécédents génitaux : pertes blanches, fausse couche, bartholinite. Il y a quelques jours, au cours des époques, douleurs brusques et violentes dans le bas-ventre, sans localisations précises. L'augmentation de ces douleurs l'amena à l'Hôtel-Dieu le 13 mars 1900.

Le bas-ventre est tendu, météorisé, très douloureux au toucher, surtout à droite, sans irradiations, sonore dans toute son étendue. Palpation très difficile.

Nausées depuis le début et vomissements quatre à cinq fois par jour. Très mauvais état général. Au toucher : col ramolli, peu mobile ; d'ailleurs cette recherche est très douloureuse. Culs-de-sac distendus.

L'état général est mauvais, malgré la température qui ne

dépasse pas 38°; le pouls est petit, rapide, la face anxieuse, grippée, la langue pâteuse. Constipation.

Intervention le 14 mars. M. Tixier fait une laparotomie médiane sous-ombilicale; on tombe sur les anses intestinales rouges et très gonflées, un peu adhérentes entre elles, sans résistance d'ailleurs. Dans le péritoine, un liquide louche, en petite quantité, mais venant de toutes les parties du ventre. En explorant l'abdomen, on trouve l'appendice dur et rouge, peu augmenté de volume. On le résèque et on le trouve rempli de pus. Le drainage par le Mikulicz étant jugé insuffisant, M. Tixier effondre le cul-de-sac postérieur du vagin et établit de ce côté une contre-ouverture. Il termine en laissant dans l'abdomen un fort Mikulicz et en mettant un gros drain dans le cul-de-sac postérieur.

Le 20 mars, on retire le Mikulicz que l'on remplace par quelques mèches de gaze. Le drain est laissé en place.

24 mars. — Le drain vaginal est enlevé et remplacé par une petite mèche, que l'on retire au fur et à mesure de la fermeture de l'orifice. On met un petit drain dans la plaie abdominale.

Cure de l'éventration, le 31 mars. Etat consécutif très satisfaisant.

OBSERVATION XIX

(Due à M. Auguste POLLOSSON.)

PÉRITONITE SUPPURÉE, TUBERCULEUSE (?)

A. R..., 30 ans. entre, le 20 avril 1900, à la première infirmerie, hospice de la Charité. Rien dans ses antécédents, sauf une tendance marquée à la toux et aux bronchites depuis un an environ.

Depuis le 23 janvier quelques douleurs abdominales ayant débuté par des frissons. Le ventre augmenté de volume

les douleurs se localisent dans la partie supérieure de l'abdomen, les signes d'inflammation se manifestent autour de l'ombilic, un abcès s'ouvre juste à ce niveau. Il évolue et disparaît.

Peu après, un second abcès se forme au-dessous, absolument dans les mêmes conditions. Il s'ouvre à 3 cent. au-dessous de l'ombilic. Cet orifice petit, arrondi, décollé, non douloureux, persiste encore actuellement et émet tous les jours une grande quantité de pus verdâtre et bien lié.

Actuellement, la cavité péritonéale est une vaste poche purulente que la main palpe et presse sans douleur, et d'où jaillit un flot de pus par l'orifice péri-ombilical.

Depuis janvier, l'état général s'est aggravé : toux persistante, expectoration filante, muqueuse, un peu verdâtre quelquefois. Signes douteux au sommet gauche. Amaigrissement. Vomissements.

6 avril 1900. — Incision de l'abdomen ; on trouve une grande cavité d'où s'écoule un pus verdâtre, bien lié, abondant, non odorant. Avec le doigt, on constate que cette cavité remonte jusqu'à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. De là, elle va à droite, jusqu'au niveau d'une ligne verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure ; de là, cette ligne suit l'arcade crurale pour remonter ensuite jusqu'au fond de l'utérus qui la délimite en bas. Le fond est constitué par une couche uniforme (péritoine épaissi et adhérences) qui ne laissent distinguer aucune anse intestinale.

Arrivé sur le fond de l'utérus, M. Pollosson sépare ce fond et la paroi postérieure de l'utérus des nombreuses adhérences qui remplissent le Douglas. Une fois celui-ci libéré, on arrive sur le cul-de-sac postérieur du vagin qui est perforé avec le dilateur du Loyson. A noter que, le doigt tombait normalement dans le cul-de-sac antérieur. Il a fallu détruire des adhérences pour établir la contre ouverture par le cul-de-sac postérieur.

On met un drain en caoutchouc passant par cette der-

nière incision et par la partie inférieure de la plaie abdominale. Un fil unit les extrémités du drain pour empêcher le glissement.

Suites. — Les pansements suivants sont souillés très rapidement par un pus qui devient de moins en moins abondant, mais plus fétide. Grands lavages au permanganate de potasse à travers le drain.

Diminution progressive de la purulence. Etat général mieux. La malade sort guérie le 31 mai. Elle conserve un peu de toux.

OBSERVATION XX

(Due à M. GOULLIOUD.)

SALPINGITE ET PELVI-PÉRITONITE. — PERFORATION INTESTINALE. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

Mme W... se plaint depuis longtemps de douleurs abdominales qui tendent à devenir de plus en plus violentes et empêchent tout exercice. Culs-de-sac postérieur et gauche remplis par une tumeur dure et douloureuse. Emission de matières blanchâtres par le rectum.

13 juillet 1892. — Ponction et débridement en deux temps, d'abord des indurations péri-salpingées, puis d'un pyosalpynx gros comme une noix. Pendant l'opération on sent par le rectum un orifice en cul-de-poule.

Suites : Guérison opératoire rapide. Douleurs très améliorées, mais, 1^o, émission par le vagin de matières, surtout liquides; 2^o souffre, en allant à la selle, de fissure anale.

7 septembre 1893. — Dilatation anale et attouchement d'hémorroïdes au chlorure de zinc. On trouve une petite cavité indurée, intermédiaire aux deux orifices rectaux et vaginaux. On la débriide et on la cautérise les jours suivants.

Juin 1894. — Mme W... revient parce qu'elle souffre toujours du rectum et du bas-ventre. La fistule persiste. De

plus, elle vient de traverser une période fébrile terminée par l'émission d'un abcès par le rectum.

22 juin 1894. — Anesthésie, laparotomie. Le petit bassin est débarrassé des intestins.

Les adhérences forment comme un voile au-dessus des annexes. On commence à décoller les annexes droits, difficiles à pédiculiser, car la trompe est enveloppée par une gangue fibromateuse des plus résistantes. Pince à demeure.

On passe à gauche, en pratiquant le détachement du fond du bassin ; on déchire la paroi de l'abcès qui fait communiquer avec le rectum. C'est une poche fongueuse sans pus. Sa paroi antérieure adhère absolument à la paroi postérieure de l'utérus. Impossibilité de séparer. On se décide à enlever l'utérus (1).

Quelques coups de ciseaux autour du museau de tanche. Décollement facile de la vessie et décollement du pourtour du col. Pincés sur les ligaments larges. Ligatures d'artères. Fistule rectale par 6 ou 8 points de suture au catgut.

Une grosse mèche est alors glissée du haut en bas du péritoine dans le vagin à la place de l'utérus. Elle est bien étalée et recouvre toute les régions cruentées. De plus, pour mieux protéger l'excavation et les anses intestinales, un second Mikulicz, vaginal, cette fois, glissé par en bas. Pansement.

Suites. — Longue à se remettre. Douleurs persistantes. Diarrhée profuse et tenace. Le 2 juillet, enlèvement du Mikulicz abdominal. Arrivée d'un flot de matières fécales liquides par cette plaie. Enlèvement de la mèche vaginale. Mise d'un drain.

Amaigrissement. Diarrhée. Symptômes d'empoisonnement (éruptions scarlatiniformes, coliques très violentes, bourdonnements dans les oreilles, etc.).

Amélioration à partir du 11 juillet. Disparition des douleurs et fermeture progressive de la plaie abdominale. Elle

(1) Il est à noter que ceci se passait avant le congrès de Lyon, 1894, et les communications de Delagenière.

se nourrit peu à peu. Quand elle part (20 août) les matières passent par la rectum, sauf un liquide clair qui filtre encore quelquefois par le vagin.

Septembre 25. — Etat général bon. Il reste une fistulette abdominale sur laquelle on met un morceau de diachylon. Normalement, les matières passent par l'anus. En cas de diarrhée, il passe par le vagin quelques matières liquides et quelques gaz.

En somme, état bien supporté ; la malade s'occupe de ses affaires.

En 1899. — La fistule abdominale s'est fermée. Persistance intermittente de la fistule vaginale. Etat général excellent.

CONCLUSIONS

I. — Il est certains cas où le Mikulicz, qui est un agent hémostatique et cloisonnant de premier ordre, remplit d'une façon bien insuffisante le rôle de drain.

II. — Dans ces cas, il peut-être d'un grand avantage de créer, à la partie déclive, une voie de dérivation, en perforant le cul-de-sac de Douglas et de faire passer par cette ouverture et par la plaie abdominale des drains ou des mèches de gaze suivant les indications.

III. — Ce mode de drainage présente des avantages dans deux sortes de cas :

A). — Drainage primitivement établi ;

Pour drainer rapidement et d'une façon continue soit le liquide d'une cavité suppurée, cloisonnée, soit celui d'une péritonite généralisée ;

Par mesure de précaution, après l'enlèvement de certaines tumeurs inflammatoires ou néoplasiques ayant nécessité une opération longue et complexe.

B). — Drainage secondairement établi :

Quand, au cours d'une seconde intervention, nécessitée par l'apparition ou la persistance de symptômes d'infection, on se trouve en présence du pus collecté dans le Douglas ;

Quand la cavité cloisonnée d'un Mikulicz est secondairement infectée, soit par les exsudats, soit par un accident post-opératoire (perforation intestinale, par exemple) ;

Enfin, quand, le cloisonnement étant obtenu, il est cependant utile de poursuivre pendant quelque temps le drainage avec un petit drain de caoutchouc.

IV. — Suivant que dominant les indications du cloisonnement ou du drainage, on emploie la gaze ou le drain, soit successivement, soit diversement combinés.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Antonin PONCET.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon le 4 juillet 1900.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

